

MEDICINA CONDUCTUAL: Teoría y Práctica



Leonardo Reynoso Erazo, Ana Leticia Becerra Gálvez
(Coordinadores)



Qartuppi®

ISBN 978-607-96359-1-6



PORTADA:

Ecos de Junio II (2013)
Jonathan Lameda Simancas

MEDICINA
CONDUCTUAL:
Teoría y Práctica



Esta obra está editada bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

MEDICINA CONDUCTUAL: Teoría y Práctica

Leonardo Reynoso Erazo, Ana Leticia Becerra Gálvez
(Coordinadores)



Qartuppi®



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Residencia en Medicina Conductual

Qartuppi®

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

MEDICINA CONDUCTUAL: TEORÍA Y PRÁCTICA

Leonardo Reynoso Erazo, Ana Leticia Becerra Gálvez (Coordinadores)

1era. edición. 2014.
ISBN 978-607-96359-1-6
DOI 10.29410/QTP.14.01

D.R. 2014 © Universidad Nacional Autónoma de México
D.R. 2014 © Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán
México, Distrito Federal 04510 México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Av. de los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala,
Tlalnepantla, Estado de México 54090 México

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
<http://www.qartuppi.com>

CONTENIDO

CAPÍTULO 1	11
Medicina Conductual: Introducción	
<i>Leonardo Reynoso Erazo</i>	
CAPÍTULO 2	27
La supervisión clínica en Medicina Conductual	
<i>Mayra Alejandra Mora Miranda</i>	
CAPÍTULO 3	43
Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos	
<i>Ma. Cristina Bravo González</i>	
CAPÍTULO 4	65
Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente	
<i>Ana Leticia Becerra Gálvez y Leonardo Reynoso-Erazo</i>	
CAPÍTULO 5	83
Evaluación psicológica	
<i>Rocío Tron Alvarez, María Rosa Avila-Costa y Leonardo Reynoso-Erazo</i>	
CAPÍTULO 6	101
Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario	
<i>Ma. Cristina Bravo González y Mayra Alejandra Mora-Miranda</i>	
CAPÍTULO 7	129
Estrés y enfermedad crónica	
<i>Leonardo Reynoso-Erazo y María Rosa Avila-Costa</i>	
CAPÍTULO 8	147
El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual	
<i>Sandra A. Anguiano Serrano</i>	

CAPÍTULO 9	165
Hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular: Intervención y prevención <i>Leonardo Reynoso-Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez</i>	
CAPÍTULO 10	193
El especialista en Medicina Conductual y la atención al enfermo renal <i>Ma. Isabel Vázquez-Mata y Leonardo Reynoso-Erazo</i>	
CAPÍTULO 11	213
Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad <i>Aída Monserrat Reséndiz Barragán y Mariana Sierra Murguía</i>	
CAPÍTULO 12	237
Tratamiento psicológico del Asma en el campo de la Medicina Conductual <i>Centli Guillén Díaz-Barriga y Isaías Vicente Lugo-González</i>	
CAPÍTULO 13	263
Importancia de la Medicina Conductual en el abordaje psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA <i>María José Noguera Orozco y Brenda Pérez Terán</i>	
CAPÍTULO 14	285
Medicina Conductual en pediatría <i>Cecilia Alderete Aguilar, Cointa Arroyo Jiménez y María Beatriz Villarruel Rivas</i>	
CAPÍTULO 15	313
Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos <i>Ana Leticia Becerra Gálvez</i>	
CAPÍTULO 16	333
Medicina Conductual y Hematología <i>Liliana Mey Len Rivera-Fong</i>	
RESEÑAS CURRICULARES	351

PRÓLOGO

Claudio Carpio Ramírez

Una de las más extrañas costumbres editoriales de nuestros días es la de preceder los textos con un prólogo cuya función no siempre es clara: ¿para qué sirve un prólogo?, ¿por qué es necesario un prólogo? Cuando se trata de obras literarias es posible que se intente ensalzar las bondades del texto utilizando para ello la voz de prologuistas cuya autoridad en el campo garantice la calidad de la obra y, en consecuencia, asegure los beneficios de la inversión necesaria para adquirirla. Por supuesto, otra posibilidad es que el trabajo del prologuista ayude a evitar que el autor incurra en la penosa práctica del autoelogio público que suele generar más sospechas que certezas sobre la calidad del texto. En cualquier caso, vale recordar la opinión de Jorge Luis Borges sobre los prólogos: él sostenía que incluir un prólogo en un buen libro es innecesario porque un buen libro se basta a sí mismo.

La tesis Borgiana es particularmente aplicable a los libros científicos cuya valía no depende de los elogios generosos y benévolos que previsiblemente pudiera dispensarle el prologuista. Por ello, en el campo de la producción editorial científica, más árido que el de las obras literarias, no es extraño encontrar textos que, sin mayor preámbulo que el índice básico de contenido, se lanzan a la aventura expositiva cuya fortuna depende exclusivamente del rigor de su estructura, de la coherencia de sus argumentos y de la solidez de la evidencia que presenta en favor de sus asertos. Esos libros, sin duda, no extrañan un prólogo innecesario.

Otros textos, sin embargo, están incompletos sin los prolegómenos que contextualizan, que justifican y clarifican algunos conceptos como condición indispensable para una mejor comprensión, valoración y aprecio del contenido. En tales casos, texto y prólogo se necesitan mutuamente porque separados son entidades incomprensibles e incompletas que sólo cuando se encuentran consiguen configurar la unidad que les da sentido y brillo como libro, dicho en toda la extensión de la palabra.

Un caso extraordinario en este orden de ideas, una auténtica excepción editorial que muy rara vez puede disfrutarse, ocurre cuando el prólogo está escrito para un libro que no existe todavía. Sólo la portentosa y maravillosa creatividad de Borges, otra vez Borges, pudo anticipar tan peculiar posibilidad intelectual y la describió como la circunstancia en la que el prólogo constituye una *anunciación* más que una *introducción* a la obra. Y es así porque en estos casos el prologuista habla de la existencia de aquello que sólo *es en potencia* y cuya actualización depende de factores que le son ajenos. La tragedia de un prologuista en estas condiciones consiste en que él puede advertir lo que no puede mostrar a otros para ganar su confianza porque eso todavía carece de la materialidad necesaria. En tales casos, el encuentro del prólogo con el texto puede demorar más tiempo que ocupa la vida de cualquier ser humano, y en el peor de los casos es posible que dicho encuentro no ocurra nunca.

Para que prólogo y texto puedan reunirse en estos casos, es indispensable la capacidad creadora de quienes pueden ir más allá de la advertencia de lo posible para darle existen-

cia concreta como resultado de su trabajo sistemático y continuado. En tales casos, el autor sintetiza en su obra la anunciación y la concreción para realizar el milagro que significan los libros verdaderamente excepcionales. Y ahora, el lector tiene uno de tales libros en sus manos.

Este es un libro cuyo prólogo fue escrito hace mucho tiempo, por muchas plumas, en muchos lugares y en muchas circunstancias distintas que sólo tuvieron en común la idea de que la Psicología podía superar la condición *sui generis* de indefinición conceptual de su objeto de estudio, de dominancia de modelos disciplinarmente ajenos y de carencia de un perfil de inserción social como práctica profesional, usualmente reducida a la condición de auxiliar paraprofesional o técnica. Quienes advirtieron esta posibilidad esbozaron también algunos caminos que podrían seguirse para posicionar nuestra disciplina como una ciencia cuyo desarrollo permitiera contar con modelos propios, metodologías rigurosas y un corpus teórico-empírico sólido sobre el que pudieran construirse las estrategias de intervención social con un dominio disciplinar por derecho propio. Ellos son los verdaderos prologuistas de esta obra, y lo redactaron en sus propios libros en los que, tal vez sin saberlo, anunciaron éste que ahora nos ocupa.

Desafortunadamente, la brevedad de la vida humana, apenas cercana a los ochenta años que excepcionalmente se prolonga hasta la centuria, impidió que quienes durante siete u ocho décadas del siglo pasado anunciaron la posibilidad de una Psicología científica, se encargaran también de la titánica tarea de concretar esa posibilidad en la forma de modelos coherentes, métodos congruentes y protocolos de intervención eficaces que, en su conjunto, demostraran el valor y la trascendencia de la práctica social de los científicos del comportamiento en los ámbitos que con mayor urgencia reclaman soluciones a los muchos y muy graves problemas existentes, por ejemplo, la salud, la educación, el trabajo, etc.

Hubieron de ser otros, más jóvenes y con más tiempo vital disponible para el trabajo rigurosos,

intenso y esmerado, los llamados a demostrar de hecho, más allá de la retórica conceptual, que la psicología no sólo *puede* ocupar un lugar en la constelación de las prácticas profesionales científicamente fundadas, sino que de hecho ya lo ocupa exitosamente. Adicionalmente, a ellos ha correspondido otra muy ardua tarea: defender el derecho a ocupar ese sitio de manera legítima y definitiva en nuestra condición de científicos del comportamiento. El cabal cumplimiento de estos encargos es evidente en los trabajos magistralmente reunidos en "*Medicina Conductual: teoría y práctica*" por Leonardo Reynoso-Eraza y Ana Leticia Becerra. En el conjunto de estos trabajos es fácil apreciar una serie de características que confiere a la obra un carácter excepcional: en primer lugar, recuperan las virtudes de la solidez conceptual y el rigor metodológico propias de la ciencia del comportamiento para derivar un poderoso corpus tecnológico para la intervención en el ámbito de la salud; en segundo lugar, condensa los resultados del progreso teórico, metodológico y técnico alcanzado en los años más recientes mediante la investigación, la intervención y la revisión crítica de los resultados obtenidos; por último, representa la concreción disciplinar de aquello que fue vislumbrado por los que metafóricamente podríamos llamar *the funding fathers* cuyas obras representan el verdadero prólogo de "*Medicina Conductual: teoría y práctica*".

Así, su publicación permite que la obra coordinada por Leonardo Reynoso y Ana Leticia Becerra se encuentre ahora sí con el prólogo que fue escrito para ella a lo largo de muchas décadas previas. Con este encuentro ocurre otra vez el milagro de la aparición de un libro excepcional. Y éste, como esos libros, debe leerse y disfrutarse como una delicia gourmet de la razón científica...

Cd. de México, octubre de 2014.

CAPÍTULO 1

Medicina Conductual: Introducción

Leonardo Reynoso Erazo

Antecedentes

Las distintas profesiones que convergen naturalmente en el área de la salud fuimos partícipes de acontecimientos relevantes en el siglo pasado que provocaron una serie de transformaciones de gran importancia; en primer lugar, el modelo médico tradicional fue cuestionado desde varias trincheras, incluso desde su interior y se propusieron distintas alternativas de trabajo. Se crearon organizaciones internacionales dedicadas a la salud que promovieron nuevas formas de atención a la población. El panorama epidemiológico cambió a diferente velocidad en algunos países como muestra inequívoca que la transición epidemiológica era (y es) una realidad. Como consecuencia de ésta las causas de muerte cambiaron y se empezó a reconocer la importancia del comportamiento en la aparición de la enfermedad. Esta época se volvió un campo fértil para proponer y realizar actividades innovadoras en el área de la salud, particularmente en la psicología, muy probablemente debido a los siguientes fenómenos y hechos que permitieron concebir al área de la salud de distinta forma y que posibilitaron la creación de la Medicina Conductual como una especialidad interdisciplinaria y posteriormente se crearon las condiciones en México para proponer e implantar un programa de estas características. Las siguientes son, desde mi perspectiva, los hechos relevantes que posibilitaron el surgimiento, los cuales no necesariamente se presentan en orden de importancia ni en estricto orden cronológico.

El modelo conductual

La medicina desarrolló su modelo de trabajo bajo la lógica de relaciones causa-efecto; los malos espíritus se introducen al cuerpo y se poseionan del mismo. La labor del sanador estriba en sacar, alejar o eliminar a los malos espíritus. Bajo la teoría microbiana de la enfermedad, el germen patógeno encuentra ingreso al cuerpo y se produce la enfermedad. El médico quita la causa y la enfermedad remite. Esta lógica de trabajo se muestra en todas las ciencias médicas y la fisiología la adaptó en la modalidad estímulo-respuesta. El estudio del sistema nervioso en el Siglo XIX permitió a los fisiólogos realizar una serie de descubrimientos de importancia como por ejemplo la teoría de la especificidad aplicada a las funciones de los diversos receptores sensoriales, todos ellos agrupados en un modelo fisiológico común: la ley de Weber y Fechner, que señalaba que el potencial generador (o potencial de descarga del receptor) era una función logarítmica de la intensidad del estímulo; dichos estudios apoyaban el modelo de sensación y su aplicación en humanos abrió el campo de la percepción. Posteriormente el modelo E-R del sistema nervioso se complejizó al requerir más elementos para explicar su funcionamiento por medio de la unidad funcional del mismo, denominada reflejo. La importancia del mismo y de las relaciones causa-efecto en la vertiente médico-fisiológica soviética posibilitó la descripción de las secreciones digestivas por Pavlov (1903), que le valió el premio Nobel en

Medicina. Este modelo E-R de los reflejos también posibilitó el trabajo de los psicólogos dedicados a demostrar los principios del condicionamiento y su aplicación al comportamiento. Los trabajos del mismo Pavlov para describir el proceso de condicionamiento de respuestas, la posterior aplicación de dichos principios en niños (Watson y Rayner, 1927) abrieron la puerta a nuevas investigaciones sobre el comportamiento bajo el mismo modelo E-R. En la década de 1950 se empezó a acumular evidencia científica que presentaba información sobre el éxito y los avances de la ciencia conductual en Psicología aplicada a seres humanos con problemas médicos, siendo tal vez el más famoso el reporte de Lindsley, Skinner y Solomon (1953) con la creación del primer laboratorio para el estudio de la conducta operante en humanos diagnosticados con enfermedad mental, la mayor parte de ellos psicóticos, en el Metropolitan State Hospital en Waltham, Mass. Posterior a ello existieron reportes del éxito de la recién denominada terapia conductual en distintos tipos de problemas y poblaciones. Como ejemplo señalaremos el trabajo con niños con retardo en el desarrollo, la mejora del comportamiento de los internos en ambientes carcelarios, trabajos sobre alcoholismo, la intervención sobre niños con comportamiento antisocial en ambientes escolares, entre otras áreas (Bijou y Orlando, 1961; Baer y Sherman, 1964; Ayllon y Azrin, 1973; Franks, 1963; Ribes, 1972; Arredondo, Robles y Ribes, 1979).

El modelo E-R posibilitó asimismo una creciente acumulación de evidencia por parte de los médicos epidemiólogos de relaciones entre el comportamiento y algunas enfermedades crónicas; como ejemplo de éstas se presentan la conducta de fumar y el cáncer de vejiga (Armstrong y Doll, 1974), la conducta alimentaria de ingerir cantidades insuficientes de fibra y la posterior aparición de cáncer de colon (Burkitt, Walker y Painter, 1974), la conducta alimentaria de ingerir grandes cantidades de grasas y la posterior aparición de enfermedad cardiovascular (Keys, 1969), por citar al menos tres. Si bien es

cierto que este tipo de estudios buscaban la demostración de relaciones lineales, la importancia de éstos estriba en que el comportamiento entraba de lleno y por derecho propio en la patogenia de la enfermedad crónica. Aunado a lo anterior, los estudios de Leavell y Clark y su propuesta de utilizar el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad y los niveles de prevención (Leavell y Clark, 1953; 1965) para explicar la enfermedad, las etapas de la misma y las alternativas de intervención en distintos niveles ofrecía un nuevo espacio al comportamiento y al contexto. Este modelo propone que la enfermedad se produce por desequilibrios entre factores del agente, huésped y medio ambiente, elementos que al interactuar unidos se denominaron triada ecológica. Bajo este modelo los agentes pueden ser microorganismos, alimentos y sustancias químicas, entre otras cosas, mientras que los factores del huésped incluyen: genética, raza, sexo, edad, condición fisiológica y comportamiento. Los factores ambientales suponen el entorno geográfico y social. La aparición de este modelo aportó novedades a la conceptualización de la salud y la enfermedad ya que por primera ocasión se mencionó la necesidad de estudiar el comportamiento y el contexto social del individuo como parte de la etiología de la enfermedad, lo que abrió la puerta a la participación de otros profesionales como los antropólogos, sociólogos, economistas, psicólogos entre otros, en el área de la salud (Macmahon y Pugh, 1970).

Medicina y Psiquiatría

Posterior a la Segunda Guerra Mundial las enfermedades mentales empezaron a tener al menos dos formas alternas de tratamiento: el farmacológico y el de la psicoterapia convencional, demostrándose reiteradamente la ineficacia de este último (y no necesariamente la eficacia del primero). El cuestionamiento tocaba el fondo de la preparación profesional de los especialistas en Psiquiatría, ya que la perspectiva de los investigadores del sistema nervioso les hizo cuestionar, en la década de 1960, las bases científicas de la psiquiatría; en efecto, las teorías localizacionistas

del sistema nervioso y la búsqueda de relaciones entre estructura y función les permitía a los médicos cuestionar los postulados psiquiátricos tradicionales ya que, bajo la lógica localizacionista: ¿Dónde se encuentra ubicado el aparato intrapsíquico? ¿De qué estructuras se encuentra formado? ¿Cómo funciona? ¿Cómo se ubican el yo, el ello y el superyó en ese aparato? ¿Son estructuras interconectadas? ¿Hay procesos de inhibición recíproca? Dado que estas preguntas no eran respondidas por los psiquiatras tradicionales, fácilmente fueron criticados por los nacientes neurocientíficos y clasificados como no científicos, iniciándose incluso un movimiento tendente a eliminarles la posibilidad de prescripción. La defensa de los psiquiatras ofreció una alternativa de gran interés que provocó un cambio de paradigma hacia el denominado modelo biopsicosocial de la medicina propuesto por el psiquiatra George Engel (1977). Engel proponía estudiar al ser humano como una unidad biológica, con una mente y con la capacidad de sentir, percibir, y pensar, además de que este sujeto se encuentra inserto en un determinado contexto social, a diferencia del modelo médico tradicional, que antes de 1977 no se preocupaba por las emociones, sentimientos y pensamientos de las personas. A diferencia del modelo biomédico, que se centra en la enfermedad física, en la búsqueda de signos clínicos, en la demostración de daño orgánico, el modelo biopsicosocial propone incluir en el tratamiento los aspectos biológicos, psicológicos y sociales como si analógicamente fuesen sistemas pertenecientes al individuo, tal como se aborda el estudio del sistema cardiovascular o el sistema respiratorio, por ejemplo. También propuso distinguir entre el proceso patológico, objeto de estudio de los médicos (la enfermedad) y distinguirla de la percepción que tienen los pacientes respecto de su sintomatología (el malestar) entendiendo que estos dos procesos no necesariamente son paralelos ya que una persona puede tener una serie de malestares, pero ello no necesariamente implica enfermedad; por otra parte, una persona enferma puede no tener ningún malestar, como en el

caso de la hipertensión o algunas formas de cáncer en etapas iniciales.

El modelo biopsicosocial presupone que es importante manejar tanto la enfermedad como los malestares, ya que ambos son importantes. Se parte de la base que, en el modelo biomédico, cuando el paciente es declarado como curado por los médicos y dado de alta, aún presenta una serie de malestares, que se transforman en quejas, asistencia a la consulta, probablemente búsqueda de enfermedad a través de la realización de pruebas de laboratorio y gabinete, con lo que tanto el paciente como el sistema de salud pierden tiempo, dinero y esfuerzos, por lo que el sistema se sobrecarga de pacientes insatisfechos, que expresan sus quejas, las cuales no son legitimadas como enfermedad. De allí que el modelo biopsicosocial proponga que el médico debiera buscar información suficiente respecto a las creencias, pensamientos y sentimientos de los pacientes con respecto de su enfermedad, la opinión de los mismos sobre el tratamiento, además de indagar sobre el grupo social de pertenencia del paciente, la existencia de soporte social y religioso. Es por ello que en dicho modelo la entrevista clínica se torna de capital importancia, el encuentro entre el médico y el paciente debe centrarse en lo que diga este último, el médico debe dirigir el interrogatorio para que el paciente se exprese libremente.

Este modelo fue introducido a México por algunas escuelas de medicina en sus planes de estudios en 1978, entre ellas a la carrera de Médico Cirujano de la entonces ENEP Iztacala; a partir de esta fecha se esperaba encontrar cambios en la forma de atención de los médicos. Si el médico dispone de tiempo y tiene la capacidad de escuchar al paciente puede obtener información valiosa, pero: ¿Qué hacer con ella? Los médicos están entrenados para curar, no tienen entrenamiento para debatir y confrontar las expresiones verbales de los pacientes, por lo que esta carencia se convierte en una necesidad más de contar con un profesional altamente especializado que sea capaz de trabajar en el área.

La OMS y la atención primaria

Posterior a la Segunda Guerra Mundial la Organización de las Naciones Unidas alentó la construcción de una organización propositiva dedicada a promover diversas acciones de salud en el mundo; desde su creación en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la salud debe ser entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Probablemente no se entendió (y estoy seguro que muchos aún no entienden) que la definición de salud propuesta por la OMS es más bien un propósito a alcanzar y que justifica un modelo de trabajo multidisciplinario ya que 30 años después (en Alma Ata, 1978) los miembros de dicha Organización decidieron trabajar hacia la meta de Salud para todos en el año 2000 y los esfuerzos de la OMS se centraron hacia la atención primaria a la salud, entendida como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. Atención primaria a la salud supone, además de la prevención primaria, la atención temprana de problemas de salud con la participación de diversos profesionales, con lo que el modelo de atención a la salud que era exclusivamente médico tuvo que ampliarse para incluir factores sociales y económicos, y reconoció que las actividades de numerosos sectores determinaban las perspectivas de mejorar la salud. Los objetivos generales eran la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios (OMS, 1978).

Biofeedback

En 1973 Lee Birk, psiquiatra norteamericano, publicó dos artículos denominados: *Biofeedback: furor therapeutics* y *Biofeedback: a clinician's overview*, en donde hacía referencia a la retroalimentación biológica como alternativa terapéutica en algunos trastornos como las migrañas, epilepsia y arritmias cardíacas, propuesta que confrontaba el saber médico

tradicional que señalaba la independencia del sistema nervioso autónomo con respecto al sistema nervioso central (Ganong, 1973; Guyton, 1973); esta propuesta permitió que los psicólogos que trabajaban sobre condicionamiento tuviesen una nueva alternativa de trabajo clínico: la retroalimentación biológica. A partir de los trabajos de Birk hubo necesidad de demostrar los alcances y las limitaciones de este tipo de estrategias terapéuticas.

La transición epidemiológica y la mortalidad

En 1971 el Dr. Omran presentó su teoría de la transición epidemiológica, la cual señala que ésta se enfoca en los cambios complejos de los patrones de salud-enfermedad, sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas, ya que una transición epidemiológica conlleva transiciones demográfica y tecnológica en los países desarrollados, mientras que procede con mayor lentitud en aquellos países en vías de desarrollo. Existe amplia evidencia en torno al desplazamiento de las pandemias infecciosas como la influenza, neumonía y diarrea por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer como las principales causas de mortalidad. Para reafirmar la teoría planteada por Omran basta señalar que, en la década de 1970, la principal causa de muerte en los Estados Unidos de Norteamérica era la enfermedad cardiovascular (ECV) seguida del cáncer, mientras que en México en esa misma década las principales causas de muerte estaban constituidas por enfermedades infecciosas (influenza, neumonía y enfermedades diarreicas). El panorama epidemiológico en México ha cambiado, merced a dicha transición: en 2008 las principales causas de muerte están constituidas por diabetes mellitus, ECV y cáncer, mientras que las enfermedades infecciosas se encuentran a la baja.

Regresando a la década de 1970 en los Estados Unidos de Norteamérica, la ECV se encontraba instalada como primera causa de muerte y un buen número de personas que padecían o morían por ECV

mostraban la coexistencia de sobrepeso u obesidad, actividad física escasa o insuficiente o ambas condiciones. Gracias a estos hallazgos, que revelaban la magnitud del problema, algunos investigadores del National Institute of Health organizaron reuniones orientadas a la búsqueda de alternativas de solución; probablemente la más importante de todas fue la denominada *Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference* que se realizó en Seattle, Washington, en 1974 (Enelow y Henderson, 1975). A partir de esta fecha los médicos reconocían la importancia del papel del comportamiento en la patología de la enfermedad y aún más: dado que el comportamiento puede ser estudiado y modificado, entonces la probabilidad de encontrar reducción en la incidencia de morbilidad y mortalidad técnicamente era posible. Al año siguiente se realizó otra reunión denominada *Proceedings for the National Heart and Lung Institute working conference on health behavior* en Bayse, Virginia (Weiss, 1976).

Nacimiento de la Medicina Conductual

En 1977 la Universidad de Yale organizó la *First Conference on Behavioral Medicine*, que reunía investigadores de los campos de la antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología que pusieron en el contexto de la salud-enfermedad la definición del campo de la medicina conductual; una meta de la conferencia era el promover una buena comunicación interdisciplinaria y la discusión entre investigadores y practicantes de la medicina conductual para encontrar mejores formas de integración y hacer que la investigación y la práctica clínica fuesen más efectivas (Schwartz y Weiss, 1978a).

En los Estados Unidos de Norteamérica se fundó en la década de 1960 la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT, actualmente denominada ABCT), la cual agrupaba a los más importantes terapeutas conductuales. En la década de 1970 esta asociación formó un Special Interest Group sobre Medicina Conductual en donde se encontraban incluidos personajes como Gentry, Pomerleau, Agras,

Blanchard y otros. En noviembre de 1978 este grupo decidió separarse de la AABT para formar una asociación: la *Society of Behavioral Medicine* (Schwartz y Weiss, 1977; Schwartz y Weiss, 1978a; Schwartz y Weiss, 1978b; Agras, 1982; Blanchard, 1982; SBM, 2012), con lo que formalmente se empezó a expandir el nuevo campo de acción. Posteriormente se formó la *International Society of Behavioral Medicine*, que en 1990 convocó al Primer Congreso Internacional sobre esta disciplina en Uppsala, Suecia y que en la actualidad cuenta con 26 sociedades nacionales afiliadas, las más de ellas europeas (ISBM, 2012).

TRES DEFINICIONES

- Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos, así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwartz & Weiss, 1977; 1978a; 1978b).
- Medicina Conductual es el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2012).
- Medicina Conductual es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como

que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Arroyo et al., 2013)

La UNAM y los cambios curriculares

En la década de 1970 la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se encontraba en un período de expansión de la matrícula estudiantil, el incremento de la demanda de ingreso año con año obligó a la búsqueda de nuevas alternativas educativas entre las que destacaba inicialmente la formación del Colegio de Ciencias y Humanidades a inicios de la década de 1970 y posteriormente la creación de las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales, que fueron planeadas para albergar el 50% de la población estudiantil de licenciatura, cuyos propósitos iniciales fueron convertirse en escenarios de trabajo multidisciplinario y de innovaciones educativas (UNAM, 1975). En la ENEP Iztacala casi de inmediato se propuso un nuevo modelo curricular para la enseñanza de la psicología en el nivel licenciatura que incluía un área de psicología clínica que trabajaría bajo el modelo de terapia conductual en una clínica diseñada *ad hoc* donde convergerían estudiantes de las distintas carreras (Ribes, 1976; Ribes, 1977). Vale la pena señalar que Albee (1964; 1969) apuntaba en la A.P.A. que las profesiones “viejas” (como la medicina, odontología y derecho) cuentan con sus propias instalaciones para el entrenamiento de los jóvenes profesionales, por lo que urgía la creación de centros psicológicos para formar a los psicólogos aplicados. Señalaba la importancia de lo anterior ya que es necesario proveer al estudiante de cultura profesional efectiva, que incluye una atmósfera específica de trabajo.

A tres años de haber iniciado sus labores (1978), Iztacala ofreció un posgrado en Modificación de Conducta con un área sobre estrés, retroalimentación biológica y enfermedades crónicas, primer antecedente académico de Medicina Conductual en México (ENEP-Iztacala, 1982). En 1981 se desarrolló en la entonces ENEP Iztacala el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México, organizado por Seligson, que contó con la participación de Pomerleau, Reed y Stumphauzer; este evento despertó gran interés entre la comunidad académica y en lo personal fue el parteaguas que me llevó a integrarme al campo de la Medicina Conductual.

La Facultad de Psicología de la UNAM promovió y desarrolló dentro de su posgrado un programa denominado maestría en Psicología General Experimental con énfasis en Salud, que funcionó a finales del Siglo XX y que copiaba en buena medida el modelo de entrenamiento de los médicos para volverse especialistas: de esta forma, los psicólogos estudiantes de esta maestría fueron ubicados en centros de salud del Distrito Federal para desarrollar actividades sin un programa práctico específico ni señalamiento de formas de supervisión, en la Facultad de Psicología se impartían algunas asignaturas teóricas desvinculadas de la práctica y la coordinación operativa de los alumnos la tenía un par de psiquiatras que supuestamente funcionaban como enlace entre la Facultad y los centros de Salud. Modificación de Conducta de la ENEP Iztacala y Psicología General Experimental de la Facultad de Psicología fueron muestra de los esfuerzos de distintos grupos de académicos reflejados en programas de posgrado, aunque también mostraban la dispersión y multiplicidad de distintas alternativas de trabajo.

En 1984 se publicó la Ley General de Salud, instrumento jurídico que norma sobre los prestadores de servicios de salud, las formas de atención, las acciones de investigación y los programas nacionales; independientemente de que en general los trabajadores de la salud desconocen el contenido de la misma, es menester revisarla ya que ofrece alternati-

vas interesantes para la atención a la salud, para que los psicólogos de la salud realicen investigación en escenarios hospitalarios y para la inserción de alumnos de otras disciplinas distintas a la medicina en el ámbito hospitalario. Gracias a esta Ley los alumnos de la residencia en Medicina Conductual se encuentran ubicados en distintos hospitales desarrollando su programa de entrenamiento, aunque es necesario mencionar que para ello utilizamos la Norma Operativa de las residencias médicas (SSA, 2007; 2010).

A finales del siglo XX, la UNAM determinó reorganizar los estudios de posgrado, ya que existía tal dispersión y multiplicidad de programas que no reflejaban los esfuerzos institucionales por ofrecer estudios de alto nivel, sino que mostraban los intereses de pequeños grupos de académicos. Gracias a esta reorganización que fue liderada desde la Facultad de Psicología por el Dr. Héctor Enrique Ayala Velázquez en la actualidad se cuenta con un programa de maestría y doctorado en Psicología conformado por docentes de distintas entidades académicas (la Facultad de Psicología, las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, el Instituto de Neurobiología, el Instituto de Investigaciones Sociales y el Instituto Mexicano de Psiquiatría).

El programa de maestría y doctorado en Psicología

El programa de posgrado en psicología fue el resultado de la modificación del plan de estudios de doctorado en psicología, de varios planes de estudio de maestría, y de la cancelación de la maestría en farmacología conductual y de planes de estudio de especialización de las tres entidades que participan actualmente en el proceso de adecuación al nuevo Reglamento General de Estudios de Posgrado (RGEP), aprobado por el H. Consejo Universitario el 14 de diciembre de 1995.

El plan de estudios de doctorado está diseñado con mayor flexibilidad y actualización y obedece a la naturaleza cambiante y en continuo avance de la disciplina psicológica a nivel nacional e internacional producto de la investigación contemporánea en psi-

cología. En este desarrollo disciplinario son agentes activos los tutores de las entidades participantes con líneas de investigación consolidadas, así como aquellos académicos de facultades, centros e institutos de la UNAM y fuera de ella.

El plan de estudios de maestría se conforma en un solo programa de formación profesional que certifica la adquisición de competencias de alta calidad en algunas de las áreas de aplicación de la psicología. Al conjuntar los estudios del nivel de maestría, se acentuó el desarrollo de habilidades para realizar investigación aplicada y el conocimiento profesional de la disciplina a través de la incorporación de programas de residencias *ad hoc*, en donde se desarrollan competencias profesionales específicas por campo de conocimiento aplicado (UNAM, 1999; UNAM, 2012).

El fundamento central en el que se basa el programa es la creciente demanda de profesionales especializados en las diversas áreas de aplicación de la psicología, que cuenten con certificación profesional de acuerdo a los estándares internacionales de la profesión. Uno de estos criterios de certificación es la garantía de que la formación profesional de los estudiantes incluye un determinado número de horas de práctica profesional supervisada en los escenarios en donde se realiza el ejercicio de la profesión. Y la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias entre los alumnos.

Una residencia está definida por la práctica profesional supervisada en un escenario donde se realiza el ejercicio de la profesión. Es un conjunto de prácticas de diagnóstico, evaluación e intervención vinculadas conceptualmente, y que definen un estilo de abordaje para la solución de problemas de salud, educación, sociales y organizacionales.

El diseño de la residencia en Medicina Conductual

Con los antecedentes descritos anteriormente y bajo el marco del nuevo modelo curricular del posgrado

en Psicología, en 1998 nos dimos a la tarea de diseñar y desarrollar un programa educativo con el propósito de formar profesionales de nivel maestría altamente especializados en la resolución de los problemas psicológicos de los pacientes relacionados con enfermedad crónica, partiendo de la base de que el ser humano enfermo tiene una serie de creencias respecto de su enfermedad, del uso de medicamentos, de los médicos y enfermeras, de su curación e incluso de la muerte. Además, una persona enferma tiene una serie de miedos derivados las más de las veces del desconocimiento del posible curso de su enfermedad, ignora los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que será sometido y es separado de su núcleo familiar, de su trabajo, de actividades recreativas y todo ello le genera estrés y emociones.

El modelo de trabajo de Medicina Conductual supone un abordaje integral del paciente; partimos de la base de que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento, además de que existe evidencia empírica que los factores conductuales contribuyen en gran medida al desarrollo de la enfermedad. Nuestro objetivo como profesionales en el área de la salud consiste en colaborar con el equipo médico a la curación del paciente (o a la rehabilitación) o a mejorar la calidad de vida en el caso de enfermedades terminales. Para ello requerimos identificar si el comportamiento del paciente se encuentra relacionado con procesos bioquímicos o bien el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente son función de la evaluación que el enfermo hace del ambiente en el que se encuentra inserto (Reynoso, 2011).

El programa de residencia se planeó originalmente en tres etapas de formación, que eran las siguientes:

a. La primera, con entrenamiento dentro de instalaciones universitarias que se desarrollaba entre los meses de agosto a febrero. Los alumnos recibían talleres breves sobre diversos tópicos, todo esto con el propósito de que se encontra-

ran preparados para enfrentarse a los problemas psicológicos derivados del problema médico del paciente, como podrían ser la preparación de pacientes para: procedimientos médicos invasivos o quirúrgicos, el manejo de la depresión secundaria a la hospitalización, el manejo del estrés y las estrategias para afrontar el miedo a lo desconocido en el hospital, el manejo del dolor crónico, la comunicación de noticias a pacientes y familiares, la intervención en crisis y la canalización de casos que no son de su competencia.

- b. La segunda, de un año de duración, donde los alumnos se encontraban ubicados ya bien en algún Hospital General o en algún Hospital de tercer nivel que contara con diversos servicios. Esta etapa iniciaba formalmente el 1 de marzo y concluía el 28 de febrero del año siguiente, ya que se utilizaba el mismo calendario académico que el de los residentes médicos.
- c. La tercera, también de un año de duración, en donde los alumnos preferentemente eran ubicados en alguno de los Institutos Nacionales de Salud para desarrollar actividades de investigación aplicada cuyo fruto sería el Reporte de Experiencia Profesional, documento impreso con el cual el alumno presentaría su examen de grado.

La suma de las últimas dos etapas indicaba la existencia de 2,800 horas de práctica en escenarios hospitalarios, siendo la mayor parte del tiempo dedicada a la atención de pacientes.

El trabajo en las sedes hospitalarias

La residencia en Medicina Conductual inició su funcionamiento en marzo de 1999. Simultáneamente al inicio de actividades se estableció un convenio de trabajo con la Dirección General de Educación en Salud de la Secretaría de Salud; éste se derivaba de uno signado en 1994 entre la Facultad de Psicología y los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud en el cual se ponía en manos de los psiquiatras el control académico-administrativo de los programas de entrenamiento de nivel posgrado de los psicólo-

gos, todo ello debido a la carencia de profesionales de la psicología con grado superior a licenciatura y con formación conductual en el medio hospitalario. Gracias al convenio los alumnos de Medicina Conductual eran colocados en instituciones médicas dependientes de la Secretaría de Salud al mismo tiempo que los residentes médicos, el programa en hospitales se desarrollaba en dos años, al igual que la mayoría de las residencias médicas, además de que iniciábamos y concluíamos labores al mismo tiempo, por lo que en lo operativo nuestro programa no tenía diferencias en ubicación y temporalidad con los de las especialidades médicas. La premura para iniciar actividades y el convenio que se tenía con la Secretaría de Salud nos obligó a aceptar al menos 10 alumnos, los cuales eran ubicados anualmente el 1 de marzo en las sedes hospitalarias elegidas por personal de los Servicios de Salud Mental (SERSAME) y con el aval de la Dirección General de Educación en Salud, que inicialmente fueron: Hospital Juárez de México (servicios de Oncología y Trasplante renal), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Hospital de la Mujer (Convenio UNAM-SSA, 1974; Programa UNAM-SERSAME, 1999). Desde el inicio de actividades se designaron supervisores académicos universitarios para las distintas sedes, quienes se encargarían de coadyuvar al aprendizaje de los alumnos de la residencia a través del ofrecimiento de bibliografía y de la discusión de casos clínicos problema.

El programa de residencia en Medicina Conductual se encontraba entre los años 2000 y 2001 en plena expansión; gracias al escaso interés de los directivos de la SERSAME por apoyar el programa de Medicina Conductual y al apoyo de la Dirección General de Educación en Salud, en ese año pudimos agregar a las sedes antes citadas, el Hospital General de Atizapán, la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán y los Institutos Nacionales de Perinatología y de Pediatría. Las actividades de los supervisores académicos de la UNAM, además del trabajo sistemático con los alumnos, permitió reali-

zar la evaluación de las sedes con lo cual estuvimos en posición de cancelar los programas de trabajo con los Institutos Nacionales de Perinatología y de Enfermedades Respiratorias, ya que no cumplían con los requerimientos planteados de manera general por el posgrado en Psicología y en lo específico por la residencia; las razones de la cancelación obedecieron a que en el primero, los alumnos eran obligados a trabajar bajo un modelo psicodinámico y en el segundo, los alumnos tomaban de manera obligatoria clases de Psiquiatría conjuntamente con residentes de esa especialidad. En febrero de 2004 se dejó de utilizar como sede el del Hospital de la Mujer ya que la evaluación mostró que no había condiciones para que los residentes cumplieran con el programa operativo. En esas fechas el número de alumnos se había incrementado y en el Hospital Juárez de México los alumnos se encontraban en nuevos servicios (Medicina Interna, Pediatría, Hematología y Nefrología), se incluyó al Instituto Nacional de Rehabilitación como sede y anteriormente se había incorporado al Instituto Nacional de Cancerología. En 2004 se canceló el convenio de trabajo que se tenía con la SERSAME; a partir de ese momento y hasta la fecha, el control académico-administrativo de los alumnos depende completamente del responsable académico de la residencia.

Tutores y alumnos

Del inicio de labores de la residencia en Medicina Conductual al año 2012 el número de tutores se incrementó, del grupo original de cinco tutores en 1999, para el año 2002 la cantidad se había duplicado. El crecimiento siguió hasta el año 2012 en el que llegamos a contabilizar 29. Con relación al número de supervisores académicos, éste también se incrementó progresivamente hasta 2012 en el que formalmente se contaba con ocho, que debían acudir semanalmente a las nueve sedes que se encontraban funcionando simultáneamente y que albergaban a 43 alumnos de tres distintas generaciones. Así pues, el número de tutores creció, el número de hospitales

también, pero el número de supervisores académicos no incrementó en la medida que era necesario; de esta forma, hubieron alumnos sin supervisión en distintos años escolares en los Institutos del sur de la ciudad de México. Aunado a lo anterior, un buen número de tutores continúa desempeñando sus funciones asumiendo que desde la comodidad de su cubículo es posible monitorear el desempeño de los alumnos y verificar que adquieran competencias profesionales, siendo que las Normas Complementarias, presentadas simultáneamente a la aprobación del programa por el H. Consejo Universitario (1999) indican que el tutor debe acudir a la sede donde se encuentra el alumno.

Por considerar las normas complementarias originales de gran trascendencia para el diseño y desarrollo de los programas de residencia, el cuadro de texto presenta algunas de las responsabilidades originales de los tutores expresadas en el apartado 5.4.1 de las mismas.

Hasta agosto de 2013 el programa de residencia en Medicina Conductual ingresó a su decimoquinta generación; durante este período se inició y consolidó el trabajo del psicólogo conductual en

5.4.1 Responsabilidades del tutor asignado al alumno de la maestría

- Elaborar conjuntamente con el estudiante el programa académico individualizado y solicitar la aprobación del comité académico.
- Reunirse con su(s) tutorado(s) por lo menos cada mes para supervisar y orientar su vida académica.
- **Supervisar y certificar directamente el desempeño profesional de sus tutorados en las instituciones donde realizan su residencia.**
- Recibir y opinar por escrito el reporte semestral de su(s) tutorado(s) y enviarlo al comité académico para su ratificación y/o rectificación.
- Asesorar y avalar el desarrollo del reporte de experiencia profesional a presentar en el examen de competencias profesionales.

- Participar en el jurado del examen de competencias profesionales.
- Proponer al subcomité del plan de estudios de maestría la integración del jurado del examen de competencias profesionales.

sedes hospitalarias desarrollando acciones multidisciplinarias. La labor ha sido ardua e incesante y en este momento nos encontramos en una encrucijada: mientras que desde la Facultad de Psicología se propuso abarcar más sedes, la óptica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala visualiza la consolidación del trabajo en las sedes previamente establecidas. La primer propuesta implica contar con más alumnos y desarrollar sistemas de tutoría y supervisión eficientes, que posibiliten la adquisición de competencias por parte de los alumnos; la segunda está orientada a ofrecer supervisión académica diaria en las dos sedes del noroeste de la ciudad. Ante estas dos alternativas y con el propósito de abarcar más campo de acción propusimos dividir las tareas docentes y de servicio de la residencia entre las dos principales entidades académicas que llevan el peso del programa (la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala) en aras de regionalizar las actividades de docencia, investigación y asistenciales en beneficio de todos. De esta forma, los estudiantes ya no recorrerán largas distancias para acudir a sus actividades teóricas (asignaturas del tronco común, talleres, seminarios y tutorías); la supervisión académica será ofrecida por los profesores de la entidad académica proximal a la sede hospitalaria, lo que evitará los largos viajes que algunos docentes hacían y redundará en un mayor impacto de las tareas que desarrolla la residencia en el contexto hospitalario.

La división de sedes implicó también la de los alumnos y de esta forma en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala nos preparamos con 10 tutores (de los cuales cuatro de ellos desempeñan además tareas de supervisión académica), cinco profesores de talleres y dos supervisores in situ para recibir a 10 alumnos de nuevo ingreso y continuar las actividades

con ocho más en su segundo período, mientras que la Facultad de Psicología coordina las actividades de cinco hospitales, 13 alumnos de nuevo ingreso y siete de reingreso.

Con relación a las cifras de alumnos, hasta el 5 de agosto de 2013 ingresaron 16 generaciones, haciendo un total de 236 alumnos; de éstos, 39 fueron dados de baja (ocho de ellos antes de iniciar el primer día de clases, nueve en el transcurso del programa y 22 al finalizar sus estudios por no haber obtenido el grado); actualmente hay 15 alumnos de segundo año (ocho de la FES Iztacala y siete de la Facultad de Psicología); los egresos suman 181 y los graduados 117. La figura 1.1 presenta el tránsito de los alumnos en el programa de residencia.

Con relación a la cantidad de alumnos por sede, el Hospital Juárez de México ha sido la sede que más alumnos ha recibido, seguida del Hospital General de Atizapán; la Figura 1.2 muestra la distribución porcentual de los alumnos por sede.

Mecanismos de ingreso al programa

En el programa de Medicina Conductual de la FES Iztacala estamos en capacidad de aceptar aproxima-

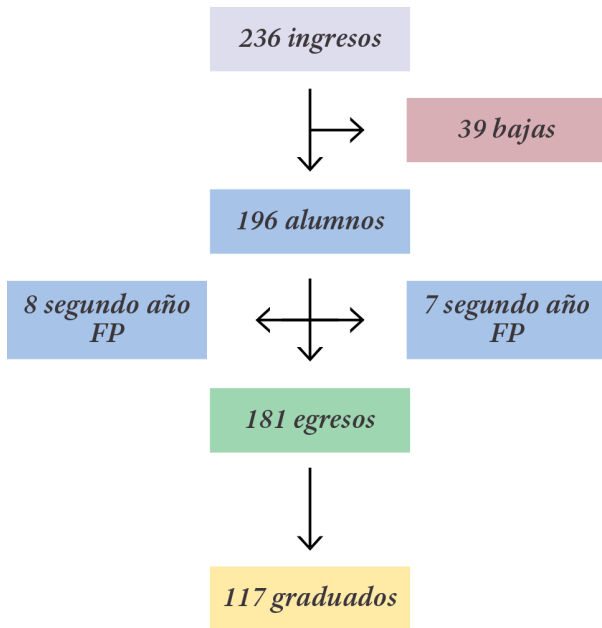


Figura 1.1. Tránsito de los alumnos en el programa de residencia.

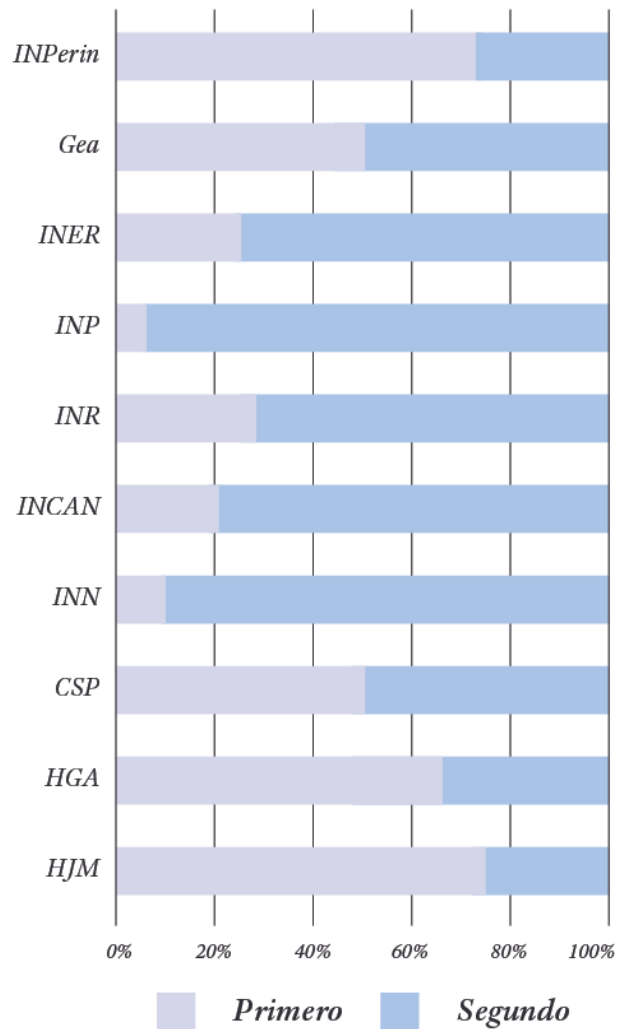


Figura 1.2. Porcentaje de alumnos por sede.

damente entre 12 y 14 estudiantes bajo criterios muy rigurosos para su ingreso. Cada aspirante debe contar con título de licenciatura en psicología o algún área afín y someterse a una serie de evaluaciones que inician con un examen general, que explora fundamentalmente los conocimientos de los aspirantes en las áreas de metodología de la investigación, medición y evaluación psicológica y estadística. Los aspirantes que aprueben este primer examen tienen derecho a presentar los exámenes específicos de la residencia, que son los siguientes:

- a. La resolución de un caso clínico videofilmado, en el que el aspirante debe demostrar que posee las habilidades mínimas para la evaluación y el tratamiento de problemas psicológicos con un enfoque cognitivo-conductual.
- b. Un examen de comprensión de lectura de textos científicos en inglés sobre el área de Medicina Conductual.
- c. Una entrevista en la que el aspirante debe demostrar conocimientos sobre el área.

Una vez aprobados en las tres evaluaciones antes mencionadas y con el aval del Comité Académico del programa, estarán en posibilidades de acceder a la primera etapa de formación, la cual se llevará a cabo en instalaciones universitarias, tendrá un semestre de duración y se desarrollará con base en una serie de cursos-talleres ofrecidos en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, así como práctica supervisada realizando evaluación y tratamiento a diversos pacientes en la Clínica Odontológica Iztacala. Quienes aprueben estos talleres estarán en condición de acceder a la segunda etapa de la residencia, que implicará el trabajo en hospitales, con una duración de 18 meses y que iniciará formalmente el primero de enero, dependiendo de la sede se ofrecerán entre 2400 y 2800 horas de práctica supervisada y estará constituido por el trabajo con los enfermos en los hospitales que implicará la mayor parte del tiempo como horas de atención, además de ofrecerse seminarios, estudios de caso, sesiones clínicas y bibliográficas y actividades complementarias que beneficiarán el logro de los objetivos. El trabajo en hospitales presentará dos vertientes: a) el desarrollo de habilidades terapéuticas, intervención en consejo psicológico, canalización de pacientes y la aplicación de técnicas específicas para el tratamiento de pacientes y b) generar un proyecto de investigación aplicada sobre algún problema particular en la sede hospitalaria en la que se encuentren ubicados.

Sedes y convenios

Para que un hospital sea considerado adecuado para la formación de estudiantes de la residencia en Medicina Conductual, deberá demostrar que cumple los estándares mínimos de calidad en su área de servicio o especialidad. En la actualidad se cuenta con convenios específicos de colaboración con las siguientes sedes:

- Hospital General de Atizapán
- Hospital Juárez de México

El futuro

El programa de residencia de la FES Iztacala en la actualidad es una realidad; cuando en 1999 insertamos a los alumnos de la primera generación en los hospitales, tropezamos con la indiferencia o el escepticismo de algunos médicos, pero sobre todo, con la ignorancia generalizada por parte de los trabajadores de la salud de los conocimientos y competencias del especialista en Medicina Conductual. En la actualidad el personal de los hospitales sede de la residencia conoce en lo general el modelo de trabajo y el residente en medicina conductual es ya un personaje necesario en el contexto hospitalario. Los residentes médicos han constatado en 15 distintas generaciones los beneficios del trabajo en equipo psicólogo-médico, los médicos de los distintos servicios y sedes ya consideran necesaria la participación del residente de Medicina Conductual en las actividades cotidianas. El reto al futuro consiste en lograr que los hospitales no solamente soliciten la asignación de residentes, sino que abran la puerta a la contratación de los graduados del programa. Lo anterior debe considerarse por tres condiciones de particular importancia:

1. A pesar de haber incrementado el número de tutores, la cantidad de supervisores académicos sigue siendo baja y no se alcanza a realizar la supervisión de las actividades de los alumnos en todas las sedes; esta es una razón fundamental por la cual el programa se encuentra autolimitado en términos de crecimiento. Mientras no se cuente con más supervisores académicos y mientras los

tutores no abandonen la comodidad de sus cubículos para supervisar las actividades de sus alumnos, el programa no podrá crecer con los índices de calidad requeridos.

2. En la actualidad hay 117 alumnos con el grado de Maestro, la cifra debe seguir creciendo en tanto que 25 egresados en 2013 son candidatos potenciales a graduarse, es decir, existen recursos humanos que cuentan con los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias necesarias para el trabajo cotidiano en los hospitales y que, por ende, se encuentran en condiciones de ser contratados. Toca a las autoridades universitarias realizar los contactos necesarios para ofertar a nuestros egresados tanto en la Secretaría de Salud como en las Secretarías Estatales.
3. Los médicos residentes que trabajaron conjuntamente con los alumnos de Medicina Conductual pudieron observar de cerca el accionar de estos últimos, la probabilidad de que los primeros sean contratados en el sector salud es elevada. ¿Qué tan factible puede ser que estos nuevos especialistas médicos soliciten la contratación de los especialistas en Medicina Conductual para fortalecer los equipos de salud?

Tras el paso de 15 generaciones por los hospitales, cada año nos preguntamos si la formación inicial en las instalaciones universitarias ha permitido a los alumnos desempeñar de la mejor manera sus actividades dentro de los hospitales; esto nos ha permitido realizar ajustes en los cursos-talleres que se ofrecen en el período agosto-diciembre, en este momento (agosto de 2013) realizamos ajustes a los talleres del primer semestre y esta información se colocó en el nuevo sitio web de la residencia (<http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>); la opinión de los alumnos permite señalar que las competencias de ingreso a los hospitales han mejorado (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011). El siguiente cuestionamiento se encuentra relacionado con el tipo de competencias que los alumnos desa-

rrollan dentro de las sedes. Quien se encuentre ubicado en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México tendrá sobrecarga de trabajo asistencial debida a la demanda de servicio por parte de los usuarios, por lo que las actividades asistenciales predominarán sobre las de investigación. A diferencia del ejemplo anterior, quien se ubique en el servicio de Trasplante renal del mismo hospital podrá encontrar la condición inversa, es decir, dispondrá de una buena cantidad de tiempo para planear, diseñar y desarrollar un protocolo de investigación, mientras que las actividades asistenciales se tornarán escasas. Aquí podríamos vernos en el dilema de: ¿cuál deberá ser el criterio para ubicar a un residente en un servicio por tres semestres seguidos? ¿El criterio será el de las actividades asistenciales? ¿O el desarrollo de un protocolo de investigación? ¿Hay posibilidades de realizar rotación intrahospitalaria? ¿De qué forma?

Las preguntas anteriores nos llevan a reflexionar sobre el tipo de profesional que debemos formar en la residencia: ¿Es acaso un especialista capaz de resolver problemas aplicados, dejando soslayadas las actividades de investigación? ¿O es un investigador incapaz de resolver los problemas aplicados? La discusión parece regresar a la mesa periódicamente, aunque debemos recordar que el propósito del programa de maestría señala claramente que “Al conjuntar los estudios del nivel de maestría, se acentuó el desarrollo de habilidades para realizar investigación aplicada y el conocimiento profesional de la disciplina a través de la incorporación de programas de residencias *ad hoc*, en donde se desarrollan competencias profesionales específicas por campo de conocimiento aplicado” (Proyecto de adecuación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, pág. 2), por lo que el residente en Medicina Conductual deberá desempeñarse como un profesional con las competencias específicas para su desempeño en el área y que además podrá realizar actividades de investigación aplicada. Lo anterior obliga y exige que los alumnos en formación desarrollen tanto actividades asistenciales como de investigación, que entien-

dan claramente que unas no se encuentran desvinculadas de las otras, antes bien son complementarias entre sí.

Anteriormente se señaló que gracias a la existencia de la Ley General de Salud se pudieron realizar los contactos para que los alumnos de la residencia en Medicina Conductual pudiesen formarse en los hospitales, utilizando para ello la Norma Oficial Mexicana sobre residencias médicas; será necesario que las autoridades universitarias analicen, discutan y promuevan ante las instancias pertinentes una norma para las Residencias en psicología o bien adicionar a la Norma Oficial sobre residencias médicas un capítulo especial para los psicólogos, con lo cual el trabajo de los mismos en hospitales quedaría legislado.

Como programa de residencia hemos alcanzado muchas metas, el paso de distintas generaciones en los hospitales así lo atestiguan; faltan cosas por hacer, tal vez la más importante de ellas sea el que los egresados del programa ocupen la totalidad de la planta docente como supervisores académicos, supervisores *in situ* y tutores, con lo cual se cumpliría la autosuficiencia del programa y se ofrecería un programa de medicina conductual diseñado y operado por profesionales altamente capacitados. De esta forma no se tendría que buscar la habilitación y capacitación de docentes de áreas afines. Tal vez la mayor incertidumbre que enfrenta el programa lo constituye su ubicación en hospitales del sector salud, sujeto a los vaivenes de las políticas de salud del país y las consecuencias operativas de cambios a las mismas. En tanto programa vivo, debemos ser cuidadosos para ajustarnos a dichas exigencias sin perder de vista la meta de formar profesionales altamente capacitados que cuenten con los conocimientos, habilidades, destrezas y competencias necesarias para resolver los problemas psicológicos de los pacientes que sufren de problemas médicos.

REFERENCIAS

- Agras, W.S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 797-803.
- Albee, G. W. (1964). President's message: A declaration of independence for psychology [Unnumbered centerfold]. *Ohio Psychologist, 4*.
- Albee, G. W. (1969). Who shall be served? My argument with David Shakow. *Professional Psychology: Research and Practice, 1*, 4-7.
- Armstrong, B. y Doll, R. (1974). Bladder cancer mortality in England and Wales in relation to cigarette smoking and saccharin consumption. *British Journal of Preventive and Social Medicine, 28*, 233.
- Arredondo, V., Robles, E. y Ribes, E. (1979). *Técnicas Instruccionales Aplicadas a la Educación Superior*. México: Editorial Trillas.
- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2014). *El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual*. En Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1ª Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria. Sánchez-Carrasco, L. y Nieto, J. (Eds). pag 146-173.
- Ayllon, T. y Azrin, N.H. (1973). *Economía de fichas, un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. México: Editorial Trillas.
- Baer, D.M. y Sherman, J.A. (1964). Reinforcement control of generalized imitation in young children. *Journal of Experimental Child Psychology, 1*, 37-49.
- Bijou, S.W. y Orlando, R. (1961). Rapid development of multiple schedule performances with retarded children. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 4*, 7-16.
- Birk, L (1973a). Biofeedback. Furor therapeutics. *Seminaries on Psychiatry, 5*, 361-364.

- Birk, L (1973b). Biofeedback. A clinician's overview. *Seminaries on Psychiatry*, 5, 563-565.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral Medicine: Past, Present, and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 795-796.
- Burkitt, D.P., Walker, A.R.P. y Painter, N.S. (1974). Dietary fiber and disease. *JAMA*, 229,1068-1074.
- Convenio UNAM-SSA (1974). Fotocopiado. En: ArchivodelaresidenciaenMedicinaConductual.
- Declaración de Alma-Ata. En: Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; septiembre 6-12 de 1978; Alma-Ata, URSS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978. Pp. 3-4. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Alma-Ata_declaracion.html
- Enelow, A.J. y Henderson, J.B. (1975). *Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference*, Seattle, Washington, June 17-19, 1974. New York: American Heart Association.
- ENEP Iztacala (1982). *Memorias 1975-1982 y perspectivas*. México: ENEP Iztacala.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Franks, C.M. (1963). Behavior therapy, the principles of conditioning and the treatment of the alcoholic. *Quarterly Journal of the Study of the Alcohol*, 24, 511-529.
- Ganong, W. F. (1973). *Manual de Fisiología médica*. México: El manual moderno.
- Guyton, A.C. (1973). *Tratado de Fisiología médica*. México: Ed. Interamericana.
- International Society of Behavioral Medicine (2012). *ISBM organisational presentation*. Disponible en: <http://www.isbm.info> el 03/03/2014.
- Keys, A. (1969). A practical, palatable way of eating. *Minnesota Medicine*, 52, 1259-1263.
- Leavell, H.R. y Clark, E.G.(1953). *Textbook of Preventive Medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Leavell, H. R., y Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lindsley, O.R., Skinner, B.F. y Solomon, H.C.(1953). *Studies in behavior therapy*. (Status report I). Waltham Mass: Metropolitan State Hospital.
- Macmahon, B. y Pugh, T.F.(1970) *Epidemiology. Principles and methods*. Boston: Little Brown & Co.
- NOM-090-SSA1-1994. Norma Oficial Mexicana para la organizacion y funcionamiento de residencias medicas. Fecha de publicación: 22 de septiembre de 1994.
- OMS (1978). Atención primaria de salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pavlov, I.P. y Gantt, W. H. (Trans), (1928). *Lectures on conditioned reflexes: Twenty-five years of objective study of the higher nervous activity (behaviour) of animals*. (pp. 47-60). New York, NY, US. Liverwright Publishing Corporation, 414 pp. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11081-001>
- Programa UNAM-SERSAME (1999). Fotocopiado. En: Archivo de la residencia en Medicina Conductual.
- Reynoso-Erazo, L. (2012). *Residencia en Medicina Conductual*. Disponible en: <http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>
- Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M., Bravo-González, M.C. y Anguiano-Serrano, S.A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.
- Ribes, E. (1972). Terapias Conductuales y Modificación de Conducta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4, 8-21.

- Ribes, E. (1976). La Formación de Profesionales e Investigadores en Psicología con base en objetivos definidos conductualmente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1, 18-23.
- Ribes, E. (1977). Diseño Curricular de la Carrera de Psicología con Base en un sistema modular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3, 41-49.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M.(1977). What is Behavioral Medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39, 377-381.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M.(1978a). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M.(1978b). Behavioral Medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Society of Behavioral Medicine (2012). *About SBM*. Disponible en: <http://www.sbm.org>
- SSA (2013). *Ley general de Salud*. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/Ley_general_de_salud.pdf
- Secretaría de Salud (2010). *Normas oficiales Mexicanas*. Disponible en: <http://portal.salud.gob.mx/>
- UNAM (1975). *Programa de descentralización de las Facultades y Escuelas de la UNAM*. Mecanografiado.
- UNAM (1999). *Proyecto de adecuación del Programa de maestría y doctorado en psicología*.
- UNAM (2012). *Programa de maestría y doctorado en Psicología*. Disponible en: <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/>
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Weiss, S.M. (Ed)(1976). *Proceedings of the National Heart and Lung Institute Working Conference on Health Behavior*. Bayse, Virginia, May 12-15, 1975.

CAPÍTULO 2

La supervisión Clínica en Medicina Conductual

Mayra Alejandra Mora-Miranda

El psicólogo en contextos de salud y su formación especializada

Desde finales del Siglo XX, se ha reconocido a la supervisión como una de las principales actividades que el psicólogo clínico desempeña en el ámbito aplicado, ponderándose así como la tercera actividad profesional que se realiza sólo después de la psicoterapia y el diagnóstico -evaluación- (Trull y Phares, 2003). Este dato requiere una especial consideración dado que a nivel nacional e internacional, el psicólogo clínico junto con el psicólogo organizacional y educativo, es una de las principales especialidades de la psicología que tienen mayor demanda en el ambiente laboral (Reidl, 2008; Castañeda, 2004).

Uno de los escenarios donde el psicólogo clínico ha comenzado a ganar terreno desde hace cuarenta años es en el de la salud, diversificando su acción en hospitales (generales y psiquiátricos), clínicas ambulatorias, centros comunitarios de salud mental y escuelas de medicina (Trull y Phares, 2003). Sin embargo, en México, la actividad del psicólogo en contextos de salud se puede entender desde varias perspectivas tales como psicología de la salud, psicología clínica de la salud, medicina conductual, entre otros (Piña y Rivera, 2006).

La labor del psicólogo en el ámbito de la salud se ha justificado en la medida en que el modelo biopsicosocial surge como una nueva forma de entender y atender el binomio salud enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). En general, cualquier

área de la psicología que se ha interesado en temas de salud, ha puesto su atención en los aspectos psicológicos de los procesos de salud-enfermedad desarrollando estrategias de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; realizando estudios, investigaciones y contribuciones teóricas que generen modelos aplicables, que sirvan de solución a los problemas generales y específicos encontrados en esta área (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). Lo cual, sólo se hace posible en la medida en que exista un órgano que coordine, regule, brinde una metodología de acción, planifique y evalúe todas las actividades relativas a la atención psicológica que se efectúen en dicha institución (Pérez, 2003).

Esta acción reguladora desafortunadamente no se logra concretar en el contexto mexicano ya que no se encuentra claramente delimitado qué hace el psicólogo en los espacios de salud, cómo es que adquiere su formación especializada, y cuáles son los conocimientos, habilidades y competencias que caracterizan su práctica profesional; y aunque de manera general se determina que el psicólogo es aquel que evalúa, planea, interviene e investiga, no se clarifica del todo cómo es que vincula todos esos conocimientos teórico-metodológicos aprendidos con el “saber hacer” y las demandas sociales (Piña, 2010). Lo cual, probablemente tenga que ver con la poca especialización-profundización en los diversos ámbitos de inserción -contenidos- que proponen los programas de estudio de licenciatura en psicología y

el desarrollo de planes de estudio poco contruidos con base en una detección previa de las necesidades sociales predominantes (Zanatta y Yurén, 2012; Macotela, 2007). Por tales razones, resulta relativamente difícil proporcionar un dato concreto que indique cómo es que el psicólogo adquiere competencias de supervisión en el área de la salud puesto que no existe ni en los programas de estudio, ni en los exámenes de egreso de licenciatura (Castañeda, 2008; 2004) un apartado que la identifique, reconozca y detalle como una actividad imprescindible en el quehacer del psicólogo.

A nivel posgrado, el Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México al tener como objetivo desarrollar en los alumnos conocimientos y habilidades teórico-metodológicas que le permitan desempeñar el quehacer del psicólogo en distintas áreas de aplicación de la profesión, y realizar investigación aplicada mediante una actitud ética de servicio que permita atender a las demandas sociales actuales (UNAM, s/f), posibilita entrenar a los estudiantes en el área de la salud bajo un modelo docencia-servicio-investigación mediante actividades académicas y prácticas supervisadas en escenarios reales; denominando a esta práctica *in situ* como “residencia” por su naturaleza formativa. Las áreas aplicadas que se incluyen en el programa son psicología aplicada a la salud, a la educación y desarrollo humano, y a procesos sociales, organizacionales y ambientales.

En el área de Psicología aplicada a la salud, se encuentra la Residencia en Medicina Conductual, la cual se encarga de la dimensión psicológica de las enfermedades bajo un enfoque cognitivo-conductual diseñando y desarrollando programas de intervención en el contexto hospitalario (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González y Anguiano-Serrano, 2011), en el entendido que la Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que tiene que ver con el desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta, psicosociales y biomédicas relevantes para la comprensión

de la salud y la enfermedad, en su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (SBM, 2014).

El plan de estudios de la Residencia en Medicina Conductual tiene contempladas tanto actividades académicas como asistenciales en espacios hospitalarios, en donde se espera que el residente realice su práctica de manera multidisciplinaria para el beneficio de los pacientes, familiares, e incluso del mismo personal de salud (UNAM, 2001). Con la finalidad de garantizar una atención de calidad, los alumnos durante el curso de la residencia cuentan con una serie de expertos que tienen como responsabilidad favorecer el aprendizaje de los alumnos tanto en lo académico, como en lo asistencial. Lo que implica una supervisión constante por parte de cuatro agentes: el tutor, el profesor de asignatura, el supervisor *in situ* y el supervisor académico. Estos cuatro expertos, realizan diversas actividades (académicas y de supervisión), que posibilitan el desarrollo de las competencias necesarias en el residente para ofrecer una atención de calidad y cubrir con los objetivos en los programas estipulados. Los profesores de asignatura, los supervisores académicos y los tutores son personal académico de la UNAM, mientras que el supervisor *in situ* es un especialista contratado por el hospital y elegido por las autoridades Universitarias para entrenar y supervisar a los alumnos en las sedes hospitalarias en que se encuentren.

El supervisor académico y el supervisor *in situ* son aquellos que de acuerdo al programa académico (UNAM, 2001), tienen inmediata responsabilidad de velar por el aprendizaje y actuación de los alumnos a favor de la atención de calidad del paciente y/o sus familiares bajo los criterios éticos de la profesión. El supervisor académico asiste de manera semanal a la institución donde el residente se encuentre realizando su práctica asistencial y se abordan temas relacionados con la práctica clínica del residente, de la elaboración del reporte de experiencia profesional y del protocolo de investigación. Por otro lado, el supervisor *in situ*, al encontrarse adscrito a la institución, supervisa de manera más detallada las actividades

diarias del residente y lo asesora en los aspectos administrativos, reglamentos y políticas de éste.

Si bien en el programa antes mencionado se habla acerca de las funciones que realizan tanto el supervisor *in situ* como el supervisor académico, se detalla poco acerca de los conocimientos, habilidades y competencias que éstos deben cubrir, así como del modelo, la estructura y los métodos de evaluación que se deben seguir en el proceso de supervisión. Condición que invita a la reflexión ya que en algunos casos, ambos tipos de supervisión podrían ser percibidas por los estudiantes como nulas o insuficientes en relación a la disponibilidad de contactar a sus supervisores y al nivel de experiencia de éstos, tal y como se ha reportado en el estudio realizado por Reynoso-Erazo, Bravo-González, Anguiano-Serrano y Mora-Miranda (2012) para conocer la opinión de los estudiantes de la Residencia en Medicina Conductual.

Es por esto que hablar de supervisión clínica en contextos de salud se convierte en una tarea fundamental si es que se tiene como objetivo responder a las demandas sociales con altos estándares de calidad ya que “Para la formación de profesionales competentes se requiere de formadores con amplia experiencia profesional que puedan transmitirla a sus estudiantes de manera directa, fungiendo como modelos a seguir, pero también se requiere que tengan amplia experiencia en las tareas de investigación para vincularla con su experiencia profesional a través de la enseñanza” (Macotela, 2007, p. 6).

En la primera parte de este capítulo se describirá la supervisión clínica en cuanto a su definición, características y modelos. Cabe mencionar que la literatura con relación a este tema en países de habla hispana es sumamente escasa; no obstante en otros países del mundo, se han hecho considerables aportaciones a la materia desde hace más de veinte años. Por lo tanto, al referirnos a supervisión clínica se entenderá a ésta como aquella labor de supervisión a la práctica asistencial de índole clínico que realiza el psicólogo en contextos hospitalarios, dado que a nivel

mundial no existe un modelo de supervisión clínica para especialistas en medicina conductual. Se pretende cubrir de manera general los puntos antes indicados, ya que hacer una revisión completa de todo el material excede a los alcances y objetivos establecidos.

En la segunda parte del presente texto, se presentará la estructura general de un programa de supervisión académica para alumnos de la Residencia en Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México que se está implementando como programa piloto para lograr una supervisión más efectiva, centrada en las necesidades de los alumnos insertos en el contexto hospitalario.

Modelos de supervisión y definiciones

Aunque el tema de la supervisión clínica es relativamente nuevo en la práctica psicológica, se pueden encontrar los primeros antecedentes de supervisión con los griegos, en donde Asclepio transmitía su conocimiento a los sacerdotes que estaban a cargo de la medicina e Hipócrates posteriormente recomendaba a sus médicos determinadas estrategias para ganar la confianza de sus pacientes. Y a inicios del Siglo XIX en Europa, los trabajadores sociales guiaron el trabajo de voluntarios en sociedades de caridad, lo que contribuyó a sentar las bases de aquello que posteriormente se identificaría como supervisión (Milne, 2009).

En la actualidad, existen una gran cantidad de modelos de supervisión clínica (Russell-Chapin y Chapin, 2012; Milne 2009; Falender y Shafranske, 2004; Haynes, Corey y Moulton, 2003) y por ende, la forma en cómo se defina y se caracterice va a cambiar en función del modelo que la sustente. Al no existir un modelo de supervisión clínica en contextos de salud para psicólogos, se buscó documentar lo relacionado al tema mediante dos vías; primero se recopiló información en el área de la psicología clínica y posteriormente se investigó acerca de los modelos de supervisión empleados para personal de salud.

En psicología, tradicionalmente se han agrupado los modelos de supervisión, de acuerdo a su

naturaleza teórico-metodológica. Esta clasificación suele ser más o menos arbitraria de acuerdo al autor que esté compilando los modelos, de manera común se suele dividir a éstos en tres grandes grupos -modelos del desarrollo, terapéuticos y específicos- (Russell-Chapin y Chapin, 2012; Milne 2009; Haynes et al., 2003). Independientemente de la clasificación que se elabore, todos los modelos retoman en mayor o menor medida: la relación de supervisión, las técnicas para promover el desarrollo del supervisado y algunas estrategias de valoración del proceso de supervisión.

Los modelos de supervisión sugeridos en el área de la salud resultan ser más ambiguos de lo esperado; en éstos se opta por una postura ecléctica en donde aparentemente se retoman algunos aspectos psicológicos de los modelos terapéuticos de supervisión -especialmente sistémicos y psicodinámicos- y se emplean metodologías basadas en la experiencia; como se puede corroborar en los modelos propuestos por Hawkins y Shohet (2012) y Owen y Shohet (2012). Lo cual, como argumenta Milne (2012), genera que exista una falta de acuerdo en cuanto a aquello que articula a la supervisión clínica y se pueda entonces afirmar que hasta el momento nos encontramos en una etapa “embrionaria” en cuanto al tema se refiere.

En la Tabla 2.1. se muestra una recopilación de los principales modelos de supervisión de las clasificaciones encontradas en diversos textos, así como sus características generales y principales tipos. Se incluyen tanto los modelos de supervisión clínica en psicología, como aquellos referidos en el área de salud (Hawkins y Shohet, 2012; Owen y Shohet, 2012; Russell-Chapin y Chapin, 2012; Milne 2009; Falender y Shafranske, 2004; Haynes et al., 2003; Winstanley y White, 2003; Kilminster y Folly, 2000).

Considerando la gran variedad de modelos de supervisión, es de suponerse que la cantidad de definiciones de supervisión es igualmente amplia y que ésta, se encontrará siempre en función del modelo que se revise. En la Figura 2.1, se muestran algunas de las definiciones de supervisión. Como se po-

drá notar, cada una enfatiza aspectos diferentes del proceso de supervisión, tales como el supervisado, el tipo de práctica, la relación supervisado-supervisor, e incluso en los beneficiarios de esta práctica: los pacientes.

Supervisión:

- “Monitorear, orientar y hacer observaciones respecto al desarrollo personal, profesional y educativo en el contexto de la atención médica.”(Kilminster y Jolly, 2000, p. 828)
- “Es una clara actividad profesional en donde la educación y el entrenamiento se dirigen a desarrollar la práctica informada-científica, lo cual es facilitado a través de un proceso de colaboración interpersonal.” (Falender y Shafranske, 2004, p. 3)
- “Es un esfuerzo conjunto en donde un practicante, con ayuda del supervisor, atiende a sus clientes y a sí mismo como parte de la relación cliente-practicante dentro de un contexto sistémico. Y al hacer esto, mejora la calidad de su trabajo, transofrma las relaciones de su cliente, y se desarrolla continuamente a sí mismo, a su práctica y a la profesión en general.” (Hawkins y Shohet, 2012, p. 5)
- “La provisión formal por un supervisor experto y calificado, de una educación basada en la relación y el entrenamiento centrado en el trabajo, que apoya, orienta, desarrolla y evalúa el trabajo de colegas más jóvenes.”(Milne, 2009, p.15)

Tomando en cuenta los modelos, las definiciones ya comentadas y el enfoque cognitivo-conductual bajo el cual se sustenta este capítulo, entendemos a la supervisión como un “proceso interactivo de aprendizaje en donde el supervisor (experto) y el supervisado (aprendiz) planean, dirigen y evalúan la práctica asistencial del supervisado mediante el entrenamiento en funciones clínicas que garantizan la labor profesional del psicólogo en un contexto de salud bajo los estándares éticos y de calidad.”

	Características generales	Tipos
Modelos de desarrollo o evolutivos	Se espera que la formación del alumno ocurra de forma natural al paso de determinada experiencia clínica, por lo que la supervisión estará determinada por ciertos estadios, niveles o etapas integradoras y acumulativas de aprendizaje para demostrar un determinado dominio y desarrollo de habilidades clínicas. Cada supervisado tiene un ritmo personal y un diferente estilo de aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de desarrollo integrado de Stoltenberg, McNeil y Delworth • Modelo de desarrollo de Hersey, Blanchard y Johnson • Modelo de Hess • Modelo de Rodenhauer
Modelos terapéuticos	Son todos aquellos en donde se aplican los principios psicoterapéuticos al formato de supervisión. Conservando la estructura y funciones que componen a cierto tipo de psicoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo psicodinámico • Modelo centrado en la persona • Modelo sistémico • Modelo de la terapia racional emotivo conductual • Modelo de la terapia cognitivo conductual • Modelos integradores/eclécticos • Modelo feminista • Modelo de solución de problemas • Modelo narrativo de supervisión
Modelos específicos	Tipos de supervisión en donde se construye una guía de trabajo con base en la experiencia y el consenso de expertos acerca de aquello que es importante desarrollar en los supervisados, sin algún sustento teórico ya que se definen como enfoques prácticos derivados de lo que se ha observado como efectivo. La más importante contribución radica en que detallan las tareas y funciones que se realizan.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de supervisión del papel social • Enfoque de sistemas para la supervisión de Holloway • Modelo de los siete-ojos de Hawkins y Shohet <p>Modelos de supervisión de tareas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de discriminación de Bernard y Goodyear <p>Modelos funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque basado en competencias de Falender y Shafranske
Modelos basados en evidencia	Surgen como una nueva alternativa a las deficiencias percibidas de los modelos anteriores en cuanto a su estructura, funciones, medición, eclecticismo y pragmatismo. Se sustentan en la práctica basada en evidencia que ha caracterizado el quehacer de diversas profesiones en los últimos años operacionalizando las funciones de supervisión, implementado los procedimientos y sometidos a verificación.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de supervisión basado en evidencia de Roth, Fonagy y Parry • Modelo de supervisión clínica basado en evidencia de Derek Milne

Tabla 2.1. Principales modelos de supervisión clínica.

Para algunos enfoques, la diferencia entre supervisión y otros tipos de asesoría tales como consultoría, tutoría *-mentoring-* o entrenamiento *-coaching-*, no queda del todo establecida; sin embargo, bajo los modelos cognitivo conductuales es claro que la supervisión clínica se distingue de éstos porque en la supervisión se especifican objetivos, es obligatoria, directiva, de duración limitada, estructurada, medible, y se centra más en las competencias del individuo que en las de la organización y cómo es que el psicólogo puede garantizar a través de ésta una atención de calidad (Milne, 2009, 2008a; Westbrook, Kennerley y Kirk 2007).

Esto implica que la supervisión posibilitará ser un control de calidad de la atención ofrecida a los pacientes, buscará el desarrollo o la mejora de las habilidades terapéuticas del supervisado, brindará apoyo al supervisado para hacer frente a las dificultades que pudiera representar la práctica profesional y finalmente, observará y evaluará las habilidades terapéuticas y la práctica (Westbrook et al., 2007). De manera más o menos consensuada se sostiene que la supervisión tiene una función la formativa, restauradora y normativa (Proctor, 1988, como se citó en Milne 2009).

Caracterización de la supervisión

Al tener una gran cantidad de modelos de supervisión, se podría caer en la práctica ecléctica de retomar aquellas partes de cada modelo que pudieran parecer más favorecedoras para describir y/o desarrollar un modelo de supervisión que cubra todos los posibles aspectos que conlleva el ejercicio de la supervisión. Sin embargo, no se trata de implementar un modelo integrador, sino más bien, de sistematizar y operacionalizar los principios de la supervisión de modo que éstos puedan ser replicables y verificables en la medida en que se establezcan objetivos, funciones y estrategias de valoración (Milne, 2009; Milne y Reiser, 2012).

A continuación, se retomará el modelo de supervisión clínica basado en evidencia (SCBE) de Milne (2009) como eje principal de los puntos sub-

secuentes, dejando claro que este modelo tiene sus antecedentes en el modelo de supervisión clínica cognitivo-conductual (SCCC) y que por lo tanto, converge con éste en cuanto a sus principios teórico-metodológicos. Adicionalmente, se referirán algunas consideraciones que guarden relación con el enfoque cognitivo-conductual que probablemente no se detallan por completo en la SCBE ya que es un modelo relativamente nuevo.

A grandes rasgos, el modelo de supervisión clínica basado en evidencia, nace del estudio y análisis de los trabajos previos en relación a la supervisión clínica identificando así ciertos aspectos básicos del proceder en la formación y guía de clínicos (Milne, Aylott, Fitzpatrick y Ellis, 2008).

El proceso de supervisión está basado en el aprendizaje experiencial de Kolb (1984, como se citó en Milne, 2009), en donde se plantean los procesos de percepción y procesamiento del contenido a aprender. Existe un ciclo de aprendizaje -que posteriormente se denominará ciclo de supervisión- en donde la experiencia es traducida en conceptos que permiten ser la guía de nuevas experiencias. Este ciclo se compone de cuatro etapas: 1) experiencia concreta, 2) observación reflexiva, 3) conceptualización abstracta y 4) experimentación activa. La fortaleza principal de utilizar este método consiste en que las acciones son racionales, lineales y cuantificables ya que se ponen de manifiesto los pensamientos, actitudes y emociones del supervisado ante determinada experiencia dejando a un lado procesos ocultos tales como la contratransferencia.

Un programa de supervisión debe especificar el contexto en donde surgirá, los fundamentos de la formación, los temas a tratar, el formato, los métodos de entrenamiento, y la evaluación (Milne, 2009; Milne y James, 2002). De esta forma se enumeran los principios de la SCBE:

1. Considerar el contexto donde toma lugar la supervisión, las normas institucionales, las diferencias individuales y las interacciones transculturales.

2. Adoptar un modelo de solución de problemas de las actividades diseñadas para cumplir objetivos, de acuerdo a los niveles de competencias del supervisado.
3. Pensar críticamente sobre aquello que ya se sabe.
4. Definir el modelo de práctica.
5. Integrar la teoría con la práctica.
6. Verificar supuestos.
7. Compromiso crítico.
8. Construir y conservar la alianza de supervisión.
9. Utilizar el ciclo de supervisión completo.
10. Considerar al supervisado como un colaborador.
11. Asegurarse de que su supervisión es apoyada.
12. Evaluar la supervisión.

Se debe señalar que en éste y en cualquier modelo de supervisión revisado, se examinan los principios éticos y legales bajo los cuales, la práctica del supervisado debe ocurrir, tanto en función de la profesión, como de las particularidades donde se lleve a cabo la labor asistencial.

Actividades y características del supervisor

Existe una amplia gama de cualidades que se dice, el supervisor debe cubrir, las cuales pueden referirse desde aspectos tan ambiguos como sensibilidad, humildad, flexibilidad, entre otros (Hawkins y Shohet, 2012), hasta aquellos en donde se especifica qué actividades realizará el supervisor, bajo qué condiciones, tiempos, metas y formas de verificación (Milne 2008a, 2009; Milne y Reiser, 2012).

La “Evaluación del Proceso de Enseñanza y Supervisión del Profesor/*Teacher’s Process Evaluation of Training and Supervision*” [*Teacher’s PETS*] (Milne y James, 2002) es una herramienta de observación que describe en catorce puntos las actividades más comunes que realiza el supervisor. Dicho instrumento, se desarrolló a partir del análisis de la evidencia descrita hasta ese momento acerca de las funciones de supervisión; teniendo como principal virtud no sólo la especificación de la actividad, sino también la posibilidad de establecer en términos de frecuen-

cia, el número de veces que un supervisor realiza determinada acción y por ende, hacer comparaciones y mejoras respecto a cada estilo de supervisión en ambientes específicos. Las actividades son: 1. Gestoría, 2. Escucha activa, 3. Apoyo/reforzar, 4. Resumir, 5. Brindar retroalimentación, 6. Recopilación de información, 7. Retar/desafiar al aprendizaje, 8. Verificar la base de conocimientos teóricos del estudiante, 9. Informar o educar, 10. Guiar el aprendizaje experiencial: modelando; ensayo conductuales, entre otros, 11. Autorevelaciones, y 12. Disentir respecto a las opiniones/acciones del supervisado, 13. Empleo de videos y 14. Otros, para actividades no incluidas en este formato tales como chat social.

Esta lista posteriormente fue reconsiderada por Milne y Reiser (2007, como se citó en Milne, 2009), debido a que se dejaban de lado aspectos que parecían tener una influencia poderosa en la relación terapéutica, y a que la verificación de estas tareas requería de largas horas de entrenamiento en el uso de ésta; elaborándose así, un nuevo instrumento denominado “Supervisión: Evaluación de la Adherencia y la Orientación/*Supervision: Adherence and Guidance Evaluation*” [*SAGE*] que le permite a un observador codificar sistemáticamente sesiones de supervisión. Para esto, se crearon 23 categorías con opciones de respuesta en escala tipo Likert, donde se valora del 0-6 el grado en que se considera que el supervisor ha cubierto con las actividades que se describen (Milne 2008b). Estas veintitrés conductas se agrupan en tres grandes áreas:

1. Los factores comunes. Factores no específicos que subyacen a la supervisión y a la psicoterapia efectiva. Entre éstos se encuentran los factores de relación interpersonal, de colaboración supervisor-supervisado, de gestión de las sesiones, y los de facilitación para reconceptualizar perspectivas.
2. El ciclo de la supervisión. Aquellos comportamientos específicos que el supervisor realiza para facilitar el aprendizaje: establecimiento de la agenda/objetivos, demostración activa para

el desarrollo de competencias, discusión, evaluación, desarrollo en la comprensión de la experiencia terapéutica y de aprendizaje, dar y recibir retroalimentación, formular, escuchar, observar, motivar/incitar, cuestionar, enseñar, entrenar/experimentar

3. Aprendizaje del supervisado. Áreas específicas de aprendizaje en las que se tiene algún impacto a razón de poner en marcha el ciclo de supervisión: experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta, planeación y experimentación activa.

Además de estas dos herramientas, se puede emplear también la “Escala de Supervisión Clínica de Manchester-26©/Manchester Clinical Supervision Scale-26©” [MCSS-26©] de Winstaley y White (2011) para personal de salud que esté recibiendo supervisión clínica. Consta de seis áreas que se distribuyen en 26 ítems en escala tipo Likert donde se valora el grado de acuerdo en que el supervisado considera ciertas características de la supervisión que recibe (Winstaley y White, 2013). Cabe hacer hincapié en que ninguno de estos tres instrumentos se encuentran traducidos al español ni validados en México.

El supervisado

Diversos autores hacen una distinción en cuanto al grado académico y nivel de experiencia que tiene el supervisado; de manera que los objetivos, la formulación de problemas, los métodos de supervisión, la retroalimentación y evaluación, y la planeación de las sesiones de supervisión, deberán atender al nivel de competencia en que se encuentre el aprendiz (ver Figura 2.2.) y de las instancias públicas o privadas en las que ocurra la práctica profesional (Kaur, Kaur, Yuen y Wan, 2013; Milne, 2009; Robiner, Fuhrman y Bobbitt, 2005).

Bajo esta perspectiva, el rol del supervisado es completamente activo, se espera que sea autocrítico y que tenga la capacidad de autoevaluarse y evaluar la calidad de su supervisión, que contribuya de

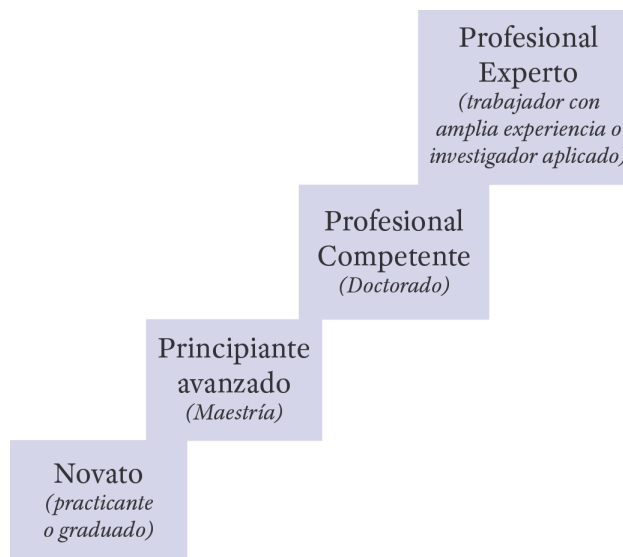


Figura 2.2. Niveles de competencia del supervisado.

manera activa a su aprendizaje y que pueda emplear la supervisión para reflexionar en el desarrollo de un rol profesional y personal (Milne, 2009). La forma en como se evalúen sus conocimientos, habilidades y competencias va a estar determinado por los objetivos establecidos de manera conjunta y de las normas del contexto en donde se encuentren.

En el modelo de supervisión basado en competencias de Falender y Shafranske (2004) se establecen ciertos criterios/funciones que se pueden valorar en el supervisado a manera de lista checable. Estas actividades se clasifican en tres grandes dimensiones 1) aportaciones al equipo clínico, 2) capacidad para el desarrollo profesional, 3) habilidades psicoterapéuticas básicas (manejo de casos, evaluación, diagnóstico, intervención).

La relación supervisado-supervisor

Tradicionalmente, se ha extrapolado el término “alianza terapéutica” que hace referencia a la relación que se establece entre el psicólogo con el paciente, al ámbito de la supervisión formulando la expresión “alianza de supervisión o alianza de trabajo de supervisión” para reconocer a aquella relación entre un experto -el supervisor- y un aprendiz -el supervisado-, sin considerar que esta relación colaborativa atiende

a objetivos completamente diferentes, en el primer caso la función es clínica, en el segundo es educativa (Milne y Reiser, 2012; Milne, 2009); y desarrollar estrategias de relación basados en principios psicoterapéuticos no correspondería a un modelo formativo.

Si se afirmara que la alianza de supervisión al igual que la alianza terapéutica constituyen un aspecto central dentro del proceso colaborativo, se podría llegar a sustentar que una adecuada relación entre el supervisado y el supervisor facilitará el aprendizaje de los alumnos, beneficiando así la práctica del supervisado -dado que una supervisión efectiva cumple con las funciones restauradoras y formativas-, mientras que una supervisión deficiente podría llegar a ocasionar que el desempeño del aprendiz se vea afectado (O'Donovan, Halford y Waters, 2011; Westbrook et al., 2007). Sin embargo, Milne (2009) al buscar evidencia respecto a estas afirmaciones y analizar los reportes que sustentaban esto, encontró que no existe evidencia sólida para sustentar este hecho, y que es posible dar una supervisión efectiva sin la necesidad de atender a esta alianza dentro de un programa formativo.

Aunque con frecuencia se habla acerca de las limitaciones y problemas asociados a las características personales y formativas de los supervisados (Haynes et al., 2003), en el modelo de supervisión clínica basado en evidencia, se trabaja bajo el supuesto de que el supervisor debe negociar las metas de aprendizaje estableciendo una especie de “contrato de aprendizaje,” permitiendo valorar constantemente los objetivos y métodos para hacer mejoras en caso de ser necesario.

Otros modelos de supervisión pueden llegar a incluir inventarios, escalas o cuestionarios, que permitan identificar aspectos de la relación terapéutica y/o percepciones de los supervisados con respecto a su supervisión. Los más conocidos son el “Inventario de la Alianza de Trabajo/*Working Alliance Inventory*” [WAI], “Encuesta de Resultados de la Supervisión/*Supervision Outcomes Survey*” [SOS] y el “Cuestionario de la Relación de Supervisión /

Supervisory Relationship Questionnaire” [SRQ] (Falender y Shafranske, 2004), y en español “Inventario de Supervisión de Minesota” [ISM] de (Robiner et al., 2005). De los correspondientes, ninguno traducido al español ni validado en México.

Formato de supervisión

Independientemente del modelo de supervisión al que se haga referencia, se distinguen dos tipos de supervisión: la individual y la grupal. La primera de éstas, se reconoce como el formato convencional más empleado, ya que el contacto uno a uno posibilita el desarrollo óptimo del supervisado (Milne, 2009; Haynes et al., 2003).

Dentro del formato grupal se identifican dos: supervisión en equipo y por pares, a continuación se puntualizarán brevemente de acuerdo a cómo son descritas por algunos autores (Hawkins y Shohet, 2012; Owen y Shohet, 2012; Russell-Chapin y Chapin, 2012; Milne 2009; Westbrook et al., 2007; Falender y Shafranske, 2004; Haynes et al., 2003).

- a. Supervisión en equipo. Es la segunda forma más común de supervisión. Un supervisor puede implementar estrategias de aprendizaje común para todos los supervisados y fomentar la discusión de casos entre ellos de manera formal, por lo que se establecen objetivos, estrategias de trabajo y evaluación. Posibilita el aprendizaje vicario y la economía en el uso del tiempo; sin embargo impide verificar a detalle el desempeño individual. En algunos textos se sugiere tomar algunos aspectos de la dinámica de grupos. Puede ser combinada con otro tipo de supervisión.
- b. Supervisión por pares. Tipo de supervisión donde se reúnen de forma regular dos o más clínicos similarmente capacitados -de igual o mayor rango- y se supervisan informalmente el uno al otro; discuten casos y retroalimentan su práctica en los aspectos clínicos y éticos. Debido a que es informal, no existe un método de evaluación y al igual que en el caso anterior, permite un ahorro en el uso del tiempo y el aprendizaje social.

Sin embargo se suele poner en duda puesto que no se sabe con certeza el grado de experiencia y podría ser contraproducente. Se sugiere ésta como un tipo de supervisión complementaria o en caso de emplearse como tipo de supervisión básica, se recomienda entrenar a los más avanzados en algunas estrategias de supervisión

En el contexto médico, existen otros tipos informales de supervisión, entre ellos destacan: 1) El grupo Balint, donde bajo un enfoque psicodinámico, se espera que el personal de salud explore sus respuestas psicológicas ante la práctica clínica en grupo; los demás participantes actúan como supervisor y se distingue un líder en el, buscando fomentar la expresión y escucha (Sackin y Salinsky, 2012); 2) La supervisión incidental, la cual ocurre de manera breve y esporádica en los encuentros casuales de la práctica cotidiana. Se forman grupos naturales en donde se comparten intereses educativos, y entre ellos fungen como supervisores bajo un esquema de ocho puntos a cubrir. Es recomendada en condiciones donde existe poco tiempo y/o las personas no se reportan como satisfechas con un tipo de supervisión formal bajo el supuesto de que los individuos se expresan de manera diferente cuando están en un contexto formal (Undrill, 2012) y 3) La Supervisión Basada en la Narrativa. Como su nombre lo indica, tiene sus principios en la terapia narrativa en donde el supervisor tiene una conversación con el supervisado elegida por éste y mediante el método socrático, se espera que el supervisado reflexione sobre su práctica y desarrolle nuevos pensamientos e ideas (Halpern y Morrison, 2012).

Métodos de supervisión

Los métodos de entrenamiento que se pueden emplear para la supervisión son diversos y en ocasiones atienden en gran medida al modelo que se emplee. Los más comunes son: el intercambio verbal (pregunta-respuesta), la observación (en vivo o video grabada), la retroalimentación, el modelado -video,

audio o en vivo- y la demostración. Se ha encontrado que generalmente los programas de supervisión integran diversos métodos instruccionales, entre ellos destacan: la discusión de casos, la coterapia -supervisor con supervisado-, el uso de videos temáticos, lecturas, y búsqueda de información, presentaciones didácticas, ensayo conductual, role playing, uso de notas clínicas, reforzamiento, autorevelaciones, establecimiento de metas, discusiones temáticas, formulación y solución de problemas, automonitoreo y trabajo en equipo (Milne, 2009; Milne et al., 2008; Westbrook et al., 2007; Haynes et al., 2003).

El uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación [TIC] se ha propuesto como un nuevo método de supervisión en la medida en que a través de la comunicación a distancia, se pueden distribuir diferencialmente los tiempos, compartir información, reducir distancias geográficas, diversificar el tipo de enseñanza y en los casos donde se puede observar de manera inmediata la ejecución del supervisado es posible retroalimentar en ese mismo momento. A este tipo de supervisión se le denomina “en línea” (Hawkins & Shohet, 2012; Russell-Chapin & Chapin, 2012; Haynes et al., 2003).

Concretamente el uso de las Comunidades Virtuales [CV] de aprendizaje orientadas a los usuarios de índole profesional posibilitan un aprendizaje en línea capaz de ser tan efectivo como aquel que ocurre de manera presencial, fomenta el aprendizaje y colaboración de un equipo, permite conocer el nivel de participación de un individuo en su aprendizaje y la interactividad resulta ilimitada (Cabero, 2006).

Si bien es cierto que los recursos tecnológicos facilitan y promueven nuevas formas de aprendizaje, también es cierto que hay ciertos aspectos de índole ético y legal que deben atenderse en función del tipo de información que pudiera intercambiarse a través de estos medios pues responde a características clínicas, aunque su uso sea educativo. Al respecto, Haynes et al., (2003) sugieren algunos estándares éticos basados en la *American Counseling Association* para la consejería en línea, donde se estipula tener un

primer contacto presencial preferentemente e informar acerca de los riesgos y compromisos éticos y de confidencialidad. En el Código de Principios Éticos y Código de Conducta para los Psicólogos de la APA (2010) no existe un apartado específico para tratar los temas relacionados con el uso del internet y Comunidades Virtuales, sin embargo en los apartados Privacidad y Confidencialidad, Anuncios y Otras Declaraciones Públicas y Educación y Entrenamiento se pueden encontrar algunos puntos de interés.

El supervisor dentro y fuera de los escenarios de práctica

En la práctica asistencial no se distingue del todo la función de un supervisor en cuanto al espacio físico en el que se encuentre. Sin embargo, en el ámbito educativo la supervisión puede ser de dos tipos de acuerdo al lugar en donde ésta tome lugar. La primera se realiza en el sitio donde el supervisado se encuentra realizando su práctica y la segunda puede tener a su vez dos variantes, en el primer caso, la supervisión se realiza en un ámbito académico ajeno al contexto en el que se encuentre el alumno o bien, puede ocurrir que el académico asista de manera eventual al espacio clínico del supervisado (Correa, 2009). Y como se ha comentado a lo largo de este texto, al pensar en la supervisión como una actividad formativa, incluir esta diferenciación en los modelos de supervisión clínica podría ser conveniente en la medida en que enriquecería la formación del supervisado teniendo varios agentes involucrados en el proceso.

Como se menciona, en la práctica asistencial, se le da prioridad a aquel supervisor que se encuentra en el ámbito del supervisado, obviando esta ubicación geográfica en la mayoría de los textos, y sólo haciendo esta diferenciación en cuanto al uso de las TIC para observar el desempeño del supervisado de manera inmediata (Russell-Chapin y Chapin, 2012). Esto probablemente se debe a que se ha demostrado en la tradición médica que un aprendiz adquiere mayores habilidades si es observado u observa determinada ejecución de manera directa, que aquellos que

tienen que reportar de su práctica posterior a la realización de esta (Kilminster y Jolly, 2000).

No obstante, habría que distinguir tal y como lo refiere Correa (2009), que las funciones de estos dos supervisores son diferentes y a la vez complementarias. El supervisor interno, el que se encuentra en el contexto del estudiante, es el encargado de desarrollar en el supervisado habilidades clínicas, detectar junto con el supervisado las necesidades de intervención de ese contexto, analizar y discutir casos, vigilar que se cumplan las normas de la institución y apoyar en la resolución de problemas que pudieran surgir en la organización. Mientras que el supervisor externo o supervisor universitario, al ofrecer el apoyo de una institución universitaria, cuenta con toda la preparación académica necesaria para definir y desarrollar áreas de aprendizaje, vincular el escenario de práctica con el académico, proporcionar un punto de vista externo en la práctica asistencial y fomentar el aprendizaje del supervisado aportando una postura científico-practicante.

Propuesta de programa de supervisión

Habiendo especificado los puntos más sobresalientes de la supervisión clínica, a continuación presento de manera general un programa de supervisión, para alumnos que se encuentren inscritos en la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México asignados al Hospital Juárez de México.

La elaboración del presente atiende a los objetivos y actividades del programa académico de la Residencia en Medicina Conductual (UNAM, 2001) y al programa operativo (UNAM, 2014), a las necesidades observadas y manifestadas por los alumnos (E. Blas, L. Moncayo, J. Vértiz, A. Herrera, Z. Melchy & M. A. Zanabria, comunicación personal, 15 de enero, 2014), al tipo de práctica asistencial que se realiza en el Hospital Juárez de México y a la disponibilidad de recursos temporales en los que se enmarca la supervisión académica antes descrita. La vigencia de éste abarca los semestres 2014-2, 2015- 1 y 2, aunque para

estos dos últimos semestres se harán modificaciones en función de los ingresos y egresos de los alumnos al programa de Residencia, de la retroalimentación, y de la evaluación que se realice al final del periodo 2014-2.

Buscando complementar la formación y supervisión de los alumnos, así como hacer más eficiente los tiempos de supervisión y favorecer el trabajo colaborativo, se propone la integración al programa el uso de las TIC creando una Comunidad Virtual a través del *Google Drive*®, el cual es un servicio de almacenamiento de archivos en línea gratuito que cuenta con 15 GB de capacidad, el usuario determina con qué contactos puede o no compartir información. El creador del grupo funge como moderador y permite la edición o vista de los contenidos. En éste, se pueden editar y comentar documentos, hojas de cálculo y presentaciones, y almacenar cualquier tipo de archivos, incluidos documentos, presentaciones, fotos y vídeos y permite una comunicación vía chat siempre y cuando los usuarios estén en línea. Este servicio garantiza la protección de datos (para más información <http://www.google.com.mx/intl/es/policies/>). Para acceder a la aplicación, sólo es necesario tener una cuenta de correo electrónico en Gmail.

Objetivos

Objetivos del Programa Operativo 2014-2/2015-1 y 2:

1. Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en los pacientes la adhesión terapéutica médica.
5. Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión,

estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc.

Objetivos de la supervisión:

1. Brindar un sustento académico a la práctica asistencial del Residente en Medicina Conductual mediante actividades de enseñanza-aprendizaje donde se revisen los principios teóricos, metodológicos y éticos que regulan su quehacer profesional.
2. Favorecer los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para ofrecer una atención de calidad que responda a las demandas sociales del contexto en el que se encuentra el estudiante.
3. Supervisar que el trabajo cotidiano de los alumnos atienda a los objetivos estipulados en los programas establecidos.
4. Fomentar la elaboración de productos de aprendizaje que reflejen el cumplimiento universitario decoroso de los objetivos de formación.

Funciones

Se establecieron las funciones del supervisor con los cuatro agentes que participan en el proceso quedando estipuladas las funciones para la relación: 1) Supervisor Académico-Alumno, 2) Supervisor Académico-Supervisor in situ, 3) Supervisor Académico- Jefe de Servicio, Jefe de Enseñanza e Institución Prestadora de Servicios de Salud (Hospital Juárez de México), y 4) Supervisor Académico-UNAM.

Estructura y Formato

La supervisión se llevará a cabo los miércoles de cada semana en un horario de 11:30 a 13:30 hrs. en el Aula B del Edificio de Enseñanza del Hospital Juárez de México. El formato de supervisión será tanto grupal como individual, considerando las necesidades, posibilidades y objetivos de la supervisión; buscando que ambos formatos de fortalezcan dicha actividad académica.

Para la discusión de casos clínicos que requieran de atención inmediata, se utilizará *Google*

Drive© abriendo un archivo donde en un formato breve (que contiene datos sociodemográficos del paciente, diagnóstico médico y psicológico, remisión, datos de interés del caso o razón por la que se consulta, y un apartado para comentarios en extenso) se consultará al supervisor y los demás compañeros podrán tener acceso a este documento, y hacer comentarios en breve y/o en extenso posibilitando así la participación de todo el grupo. En caso de que el supervisado lo solicite o el supervisor lo convenga, se acordará un día y hora para poder resolver dudas en el chat.

Métodos para la supervisión

Se pueden apreciar estos métodos en la Tabla 2.2.

Métodos	Estrategia	Producto
Discusión de casos	Revisión de notas clínicas. Discusión bibliográfica de principales problemáticas psicológicas en población atendida. Ejercicios de diagnóstico.	Entrega de Notas SOAP, de seguimiento y de resumen. Tres de cada tipo.
Revisión de casos clínicos y retroalimentación	Presentación de caso clínico y discusión en grupo. Vía electrónica se revisarán casos clínicos y serán retroalimentados por la supervisora y compañeros de supervisión. A solicitud del residente se revisarán casos especiales en la supervisión.	Caso clínico previo a la presentación y corregido después de discusión. La presentación de dos casos clínicos en Google Drive al semestre como mínimo.
Presentación de protocolo y retroalimentación	Exposición de protocolo en grupo y retroalimentación.	Presentación en PowerPoint y en extenso de protocolo.
Reporte de experiencia profesional	Sesión para especificar puntos a cubrir. Sesiones destinadas a brindar sugerencias para hacer eficiente la presentación.	Entrega de productividad bimestral y entrega de reporte de experiencia profesional semestral
Otros	Exposición y discusión en grupo de programas de atención en el servicio.	Entrega de programa por escrito.
Algunos métodos adicionales que se emplearán son: reforzamiento, el uso de videos temáticos, lecturas, y búsqueda de información, presentaciones didácticas, ensayo conductual y formulación y solución problemas. Las fechas de entrega de los productos se entregaron a los alumnos en un cronograma.		

Tabla 2.2. Relación de métodos para la supervisión académica de los servicios de Hematología y Medicina Interna del HJM.

Recursos bibliográficos y digitales

En el programa que se entregó a los alumnos, se les brindó una lista de referencias sugeridas: de evaluación y detección, de intervención en ámbitos de salud, de conceptos médicos generales, y de aspectos éticos y legales; que en total suman 21.

El recurso digital que se empleó fue, como ya se mencionó *Google Drive*. En éste se abrió una carpeta general, que se dividió en subcarpetas: Referencias (68, entre libros, artículos, manuales, tesis y guías clínicas; con posibilidad de crecimiento), Carpetas de Alumnos, Casos Clínicos, Material Didáctico y Productividad.

Evaluación de la supervisión

Dado que no existe un instrumento de evaluación de supervisión en español, se tiene como objetivo traducir y adaptar la lista de “Supervisión: Evaluación de la Adherencia y la Orientación/*Supervision: Adherence and Guidance Evaluation*” [SAGE] (Milne 2008b).

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Amigo, V. I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas y E. Becoña (Dir.) *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- Cabero, J. (2006). Comunidades virtuales para el aprendizaje. Su utilización en la enseñanza. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 20, 1-34. Recuperado de: <http://edutec.rediris.es/Revelec2/revelec20/cabero20.htm>
- Castañeda, S. (2008). Qué es lo que realmente aprenden los estudiantes en la licenciatura. En C. Carpio (Coord.). *Competencias profesionales y científicas del psicólogo: investigación, experiencias y propuestas* (pp. 43-74.). México: UNAM, FESI.
- Castañeda, S. (2004). Competencias del recién egresado de la licenciatura en psicología. *Psicología desde el Caribe*, 14, 27-52.
- Correa, E. (2009). El supervisor de prácticas: recursos para una supervisión eficaz. *Revista Pensamiento Educativo*, 44-45, 237-254.
- Falender, C. A. y Shafranske, E. P. (2004). *Clinical Supervision: A competency-based approach*. Washington: American Psychological Association.
- Halpern, H. y Morrison, S. (2012). Narrative-based supervision. En D. Owen, & R. Shohet (Eds.). *Clinical Supervision in the Medical Profession: structured reflective practice*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Hawkins, P. y Shohet, R. (2012). *Supervision in the Helping Professions*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Haynes, R., Corey, G. y Moulton, P. (2003). *Clinical Supervision in the Helping Professions: a practical guide*. Canadá: Thomson Brooks/Cole.
- Kaur, G., Kaur, S., Yuen, C. y Wan, F. (2013). Post-graduate supervision: Exploring Malaysian student's experiences. *Social and Behavioral Science*, 90, 133-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.074>
- Kilminster, S. M. y Jolly, B. C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 34, 827-840.
- Macotela, S. (2007). Replanteando la formación de psicólogos: un análisis de problemas y algunas alternativas de solución. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12 (1), 5-25.
- Milne, D. (2008a). *Introduction to clinical supervision: A tutor's guide*. Recuperado de <http://higheredbcs.wiley.com/legacy/college/milne/1405158492/manual/manual.docx>
- Milne, D. (2008b). *Manual for SAGE: Supervision: Adherence and Guidance Evaluation*. Recuperado de [http://xa.yimg.com/kq/groups/8446968/2120410835/name/SAGE+ManualShort+Version+FINAL+\(23+item+version\)-II.doc](http://xa.yimg.com/kq/groups/8446968/2120410835/name/SAGE+ManualShort+Version+FINAL+(23+item+version)-II.doc)
- Milne, D. (2009). *Evidence-Based Clinical Supervision: principles and practice*. Reino Unido: British Psychological Society, Blackwell.

- Milne, D., Aylott, H., Fitzpatrick, H. y Ellis, M. (2008). How does clinical supervision work? Using a “best evidence synthesis”, Approach to construct a basic model of supervision. *The Clinical Supervisor*, 27 (2), 170-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07325220802487915>
- Milne, D. y James, I. A. (2002). The observed impact of training on competence in clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 55-72.
- Milne, D. y Reiser, R. (2012). A Rationale for Evidence-Based Clinical Supervision. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 139-149. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-011-9199-8>
- O’Donovan, A., Halford, K. y Walters, B. (2011). Towards best practice supervision of clinical psychology trainees. *Australian Psychologist*, 46, 101-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Owen, D. y Shohet, R. (2012). *Clinical Supervision in the Medical Profession: structured reflective practice*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Pérez, R. (2003). *La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>
- Piña, J. A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 233-255.
- Piña, J. A. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Reidl, L. (2008). Competencias profesionales para los psicólogos. En C. Carpio (Coord.). *Competencias profesionales y científicas del psicólogo: investigación, experiencias y propuestas* (pp. 15-42). México: UNAM, FESI.
- Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M. E., Bravo-González, M. C. y Anguiano-Serrano, S. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM, *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, C., Anguiano-Serrano, S. y Mora-Miranda, M. A. (2012). La Evaluación de la Residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 45-53.
- Robiner, W., Fuhrman, M. y Bobbitt, B. (2005). La supervisión en la práctica de la psicología: Hacia el desarrollo de un instrumento de supervisión. *Revista de Toxicomanías*, 45, 31-35.
- Russell-Chapin, L. y Chapin, T. (2012). *Clinical Supervision: theory and practice*. Canadá: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Sackin, P. y Salinsky, J. (2012). The Balint group as a form of supervision. En D. Owen y R. Shohet (Eds.). *Clinical Supervision in the Medical Profession: structured reflective practice*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Society of Behavioral Medicine. (2014). *About SBM*. Recuperado de: <http://www.sbm.org/about>
- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (3-31). México: Thomson Learning.
- UNAM. (2001). *Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual*. México: UNAM.
- UNAM. (2014). *Programa Operativo 2014-2015 HJM*. Texto no publicado.
- UNAM. (s/f). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*. Recuperado de <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/>
- Undrill, G. (2012). Incidental supervisión. En D. Owen, y R. Shohet (Eds.). *Clinical Supervision in the Medical Profession: structured reflective practice*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Westbrook, D., Kennerley, H. y Kirk, J. (2007). *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and applications* (pp. 256-264). Londres: SAGE.
- Winstanley, J. y White, E. (2013). *Manchester Clinical Supervision Scale MCSS-26©*. Recuperado de http://www.osmanconsulting.com/assets/docs/mcss_sample.pdf
- Winstanley, J. y White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7-38. Recuperado de [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/Supervision%20models%20and%20research%20\(Winstanley%20&%20White%202003\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/Supervision%20models%20and%20research%20(Winstanley%20&%20White%202003).pdf)
- Winstanley, J. y White, E. (2011) The MCSS-26©: Revision of The Manchester Clinical Supervision Scale© using the Rasch Measurement Model. *Journal of Nursing Measurement*, 19(3), 160-178.
- Zanatta, E. y Yurén, T. (2012). La formación del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad multidisciplinar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17 (1), 151-170.

CAPÍTULO 3

Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos

María Cristina Bravo González

La Medicina Conductual es un campo multidisciplinario que aplica las teorías y métodos conductuales a la prevención y tratamiento de trastornos médicos y psicológicos. Asume un enfoque de desarrollo de las etapas de la vida a la salud y al cuidado de la salud, trabajando con niños, adolescentes, adultos y ancianos individualmente y en grupos, así como en comunidades, por lo que supone que el cambiar los comportamientos y el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma (Reynoso y Seligson, 2005).

Dadas estas características, el especialista en Medicina Conductual puede intervenir en el continuo salud-enfermedad, en padecimientos tanto agudos como crónicos. Sin embargo, por su alta incidencia, son estos últimos donde se ha concentrado la mayor parte de intervenciones y trabajos aplicados, ya que las repercusiones derivadas de ese tipo de enfermedades son de amplio alcance y pueden dificultar la adecuada adaptación física, social, laboral y psicológica. Por ello, el objetivo de este capítulo es describir las características comunes a las enfermedades crónicas, ya que su comprensión facilitará en el médico conductual la adecuada evaluación e intervención en los contextos hospitalarios que atienden a esta población.

Contexto general de las enfermedades crónico degenerativas

En la medicina contemporánea, las enfermedades crónico-degenerativas son especiales, entre otras cosas debido al gran impacto que generan en el paciente, tanto en el entorno familiar como médico, además de que conllevan amplias repercusiones en el ámbito social, psicológico, económico y laboral del individuo, su núcleo familiar y el personal sanitario, además de que el paciente debe ajustar sus aspiraciones, estilo de vida y en muchas ocasiones, su empleo (Turner y Kelly, 2000; Taylor, 2007). Montes, Casariego, De Toro y Mosquera (2012) señalan que la OMS estima que para el 2020 estas enfermedades serán la principal causa de discapacidad y con ello, de las repercusiones en cuidados y gastos relacionados con los servicios de salud y agregan que cerca del 2.5% de la población mundial presentarán algún grado de dependencia debido a enfermedades crónicas.

En el caso particular de México, se señala que las enfermedades crónicas implican un reto para el sistema de salud, Córdova-Villalobos et al., (2008) enlistan factores como la gran cantidad de personas afectadas, la creciente contribución a la mortalidad general del país -que son la causa más frecuente de incapacidad prematura-; y, por último, la complejidad y elevado costo del tratamiento. Las enfermedada-

des crónicas son el resultado de factores múltiples, en especial de carácter social, que involucran cambios epidemiológicos, demográficos y medioambientales relativos a estilos y modos de vida; de acuerdo con Ledón (2011), las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona así como sus redes sociales.

El concepto de “Crónico-Degenerativa” se divide en dos vocablos, Crónico, derivado del griego *chronos*, *xpovoo*, *chronikós*, tiempo; actualmente engloba todo significado relacionado a larga duración, por lo que alude a enfermedades que tienen el carácter de permanentes (Castañeda, 2006). Este tipo de enfermedades se han identificado en civilizaciones como la egipcia, china e hindú a través de evidencias escritas sobre afecciones crónicas causadas por agudas, diferenciación entre enfermedades y escritos sobre tratamientos diversificados. Los griegos, como en diversas ramas de conocimiento, aportaron ideas importantes sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de padecimientos como la diabetes, algunos cánceres y tuberculosis, por citar algunos. Al paso del tiempo, los conocimientos de la medicina se ampliaron, logrando diferenciar los trastornos de manera cada vez más clara, además de avanzar en el descubrimiento de enfermedades y tratamientos. De este modo, se deduce que los padecimientos crónicos no son un mal de nuestra época, sino que han acompañado al hombre a través de la historia.

Por otro lado, se encuentra el concepto Degenerativo, del griego *degeneratio*, derivado de *degenerare*, degenerar, es una palabra compuesta, que significa de, separación y genus, generis, linaje (Castañeda, 2006). Conforme ha pasado el tiempo, este concepto ha tenido por lo menos dos acepciones: la primera, referida a un deterioro estructural o funcional de las células o tejidos; y la segunda, a la pérdida progresiva de normalidad psíquica y moral y de las reacciones nerviosas de un individuo a consecuencia de las enfermedades adquiridas o hereditarias (Real Academia Española, 2001). Durante el auge del cristianismo, este concepto se asoció a la noción

de pecado, de suciedad y anormalidad, por lo que se consideraba que “los degenerados” eran pecadores o anormales, no eran vistos como enfermos, al paso del tiempo, esta concepción se ha modificado e incluido en la terminología médica para referirse a alteraciones en las funciones o caracteres esenciales, por enfermedades adquiridas o heredadas; recientemente, se considera que lo degenerativo se refiere fundamentalmente al deterioro en el organismo debido a la enfermedad o su(s) tratamiento(s).

Así como se han modificado los modos en que se definen términos relativos a la enfermedad, también se ha evolucionado de forma significativa con respecto a la concepción de salud, lo que se ha traducido en políticas de intervención y tratamiento; durante el siglo pasado, sufrió una serie de cambios importantes, tanto a nivel conceptual como con respecto a sus determinantes y factores (Oblitas, 2003), uno de los más importantes ha sido trasladar su definición de ausencia de enfermedad al estado de completo bienestar físico, social y emocional (WHO, 1947). A partir de esta modificación, el foco de atención dejó de centrarse sólo en la evitación de la enfermedad, sino que en la actualidad se trata del desarrollo y promoción de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), y consecuentemente en disminuir la incidencia de casos nuevos. Esta conceptualización ha favorecido una perspectiva multidimensional de la salud, en la cual se consideran aspectos biológicos, psicológicos y sociales de manera conjunta y no como elementos aislados.

De acuerdo con Becoña et al., (2004) a este cambio inicial se suman otros, tales como: el elevado costo de los cuidados de salud, lo cual deriva directamente en un gasto significativo de los gobiernos en la cobertura de servicios de salud; por otro lado, desde el siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX, el modelo principal de salud fue el modelo biomédico, donde se entiende que la enfermedad ocurre por la acción de un patógeno específico, dejando de lado los factores psicosociales. Sin embargo, se ha generado evidencia suficiente de que la enfermedad no surge sólo

de esta clase de factores físicos o químicos, sino que los aspectos psicológicos y sociales tienen un papel fundamental, con lo que surge el modelo biopsicosocial de la salud. A partir de estos cambios, se ha ampliado la perspectiva sobre qué es lo que conforma la salud, en este sentido, es importante destacar las consideraciones de Lalonde (1996) sobre los componentes de ésta, a saber: la biología humana, el medio ambiente, la organización de los servicios de salud y los estilos de vida. En esta visión de la salud, se entiende que ésta es un proceso con variaciones que se relacionan con cada uno de los componentes antes señalados.

Sumado a esto, desde hace varias décadas se ha comprobado una transición en el tipo de enfermedades que aquejan a la población de países desarrollados y/o en vías de desarrollo, debido a una serie de cambios sociales y económicos que han favorecido la modificación de los estilos de vida en porciones muy amplias de la población (Córdova-Villalobos et al., 2008), por consiguiente, las principales causas de muerte ya no están relacionadas con enfermedades infecciosas, sino con las que provienen precisamente de los estilos de vida y comportamientos poco saludables de las personas (Becoña et al., 2004; García, Ramos, Serrano, Sotelo, Flores et al., 2009; Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; Oblitas, 2003; Reynoso y Seligson, 2005).

Esta evolución epidemiológica se explica a partir del incremento en la esperanza de vida producto de la reducción de la mortalidad infantil y de enfermedades infecciosas, gracias a los programas de vacunación, este aumento en los años de vida, ha traído consigo incrementos en la prevalencia de las enfermedades crónicas (Barrantes-Monge, García-Mayo, Gutiérrez-Robledo y Miguel-Jaimes, 2007). Un ejemplo de este aumento en las expectativas de vida se observa en nuestro país: en los años treinta del siglo pasado, uno de cada cinco niños moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad; hoy 97% de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y

la mayoría de las mujeres puede llegar a vivir casi 80 años (Secretaría de Salud, 2007).

En la actualidad, las principales causas de defunción en México, en 33% de mujeres y en 26% de hombres se concentran en tres tipos de enfermedades: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (Secretaría de Salud, 2007), todas ellas de carácter crónico-degenerativo y todas vinculadas directamente con un componente comportamental (Becoña et al., 2004; Morrison y Bennet, 2008). A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) señala que más de la mitad de las defunciones que se producen cada año -alrededor de 35 millones de un total de 58 en 2005- se deben a enfermedades crónicas y en el 2006, estimó que las defunciones causadas por este tipo de enfermedades aumentarán un 17% en todo el mundo durante los próximos diez años.

Definición de enfermedad crónica

Es claro que a partir de la segunda mitad del siglo XX incrementó la cantidad de personas con alguna enfermedad crónica, lo cual derivó en la creación de diversas sociedades, comisiones e instituciones dedicadas de manera exclusiva a su investigación, estudio y divulgación (Castañeda, 2006). Como parte de los esfuerzos por comprender la naturaleza de las enfermedades crónicas, en 1946 fue creada la *Commission on Chronic Illness*, con el objetivo de estudiar el problema que representaban las enfermedades crónicas en los Estados Unidos. Esta comisión definió a la enfermedad crónica como aquella que comprende todos los deterioros o desviaciones de lo normal y que tiene una o más de las siguientes características: es permanente, presenta algún grado de discapacidad, causa alteraciones patológicas irreversibles, requiere tratamiento especial de rehabilitación y de un largo periodo de supervisión, observación y cuidado (*Commission on Chronic Illness*, 1957).

Otras definiciones del concepto de Enfermedad Crónico-Degenerativa señalan que es una enfer-

medad que se mantiene a lo largo del tiempo, tiene una persistencia de al menos 3 meses y no puede ser prevenida con alguna vacuna, o curada con medicamento; Velasco y Sinibaldi (2001) agregan que causa un deterioro físico, psicológico o ambos en quien la padece, llevándolo incluso a morir. Beneit (1994) señala que este tipo de enfermedades, obligan a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Holman y Lorig (2000) caracterizan a las enfermedades crónicas como aquellas que conllevan cambios irreversibles en la vida de las personas; presentan fluctuaciones entre los síntomas propios de la enfermedad y los relacionados con los efectos secundarios, estas interacciones crean patrones de enfermedad que requieren un manejo complejo e interdisciplinario; además de que los tratamientos tienen resultados parciales y ambiguos, por lo que se genera incertidumbre acerca del pronóstico.

A diferencia de un padecimiento agudo, que requiere cambios temporales en el estilo de vida, las enfermedades crónicas tienen una evolución que puede ser muy larga en el tiempo, generalmente implica años, lo cual idealmente debe estar acompañado de

cambios permanentes en estilo de vida, es decir, implican cambios prolongados o de por vida en el modo de vida del individuo y su familia, además de amenazar directamente la vida del paciente (Reyes, Garrido, Torres y Ortega, 2010). En resumen, las principales diferencias entre las enfermedades agudas y crónicas se presentan en la Figura 3.1 (White, 2001).

White (2001) señala que el tener un pronóstico incierto, así como elevada incertidumbre son los principales factores que se encuentran asociados a la presencia de problemas psicológicos en las personas con enfermedades crónicas, independientemente del tipo de padecimiento que se tenga.

Aspectos comunes de las enfermedades crónico-degenerativas

Aunque se alude genéricamente a las enfermedades crónico-degenerativas, es importante recordar que cada padecimiento tiene características peculiares con respecto a los síntomas que presenta y el nivel de incomodidad o molestia que genera; sigue líneas de acción y temporalidad única, es decir, cada padecimiento se comporta de manera específica en cada individuo, de acuerdo a factores tales como edad,

Características	Enfermedad aguda	Enfermedad crónica
Inicio	Abrupto	Usualmente paulatino y gradual
Duración	Limitada	Larga, indefinida
Causa	Usualmente una claramente identificable	Usualmente múltiples y varían a través del tiempo
Diagnóstico Pronóstico	Usualmente preciso	Frecuentemente inciertos
Terapéutica	Usualmente efectiva	Frecuentemente agresiva, con efectos adversos
Resultado	Curación	Incurable
Incertidumbre	Mínima	Persistente, elevada
Conocimiento	Profesionales con conocimiento, pacientes sin experiencia	Profesionales y pacientes tienen conocimientos complementarios

Tabla 3.1. características de las enfermedades.

enfermedades concomitantes, estilos de vida previos a la enfermedad, momento en que se detecta el padecimiento, cuidados durante la enfermedad, entre otros, por lo que el curso y evolución varían de una persona a otra, pese a que tenga el mismo diagnóstico. Pese a ello, de acuerdo con la OMS (2006), existen dos grandes mitos alrededor de las enfermedades crónicas:

1. Estas enfermedades afectan solo a personas ricas. Al respecto, las estadísticas de la propia organización, señalan que alrededor de cuatro de cada cinco personas que mueren a causa de enfermedades crónicas viven en países de ingresos bajos y medianos; lo cual implica que no necesariamente es que ocurre solo en personas pobres, sino que las personas con mayores recursos económicos, tienen mayores posibilidades de recibir una atención adecuada y oportuna.
2. Las enfermedades crónicas afectan de manera prioritaria a las personas mayores. La realidad es que una cuarta parte de los hombres y las mujeres que mueren cada año tienen menos de 60 años, por lo que puede decirse que las enfermedades crónicas acortan la vida, dejan huérfanos a los niños y tienen un costo para las economías nacionales de miles de millones de dólares.

Independientemente de la enfermedad crónica que se padezca, existe evidencia de un deterioro significativo en la calidad de vida relacionada con la salud (Keles, Ekici, Ekici, Bulcun y Altinkaya, 2007), atribuido principalmente a la presencia amplificada de percepción de síntomas y necesidad de monitoreo continuo. Además, pese a que la enfermedad pueda atenderse, los tratamientos, en la mayoría de los casos, tienen un costo considerable en la calidad de vida de las personas (Turner y Kelly, 2000). La enfermedad crónica tiene implicaciones específicas en la vida de los pacientes y familiares, las cuales variarán de acuerdo a factores como recursos psicológicos para afrontar y resolver problemas, evaluación de la enfermedad y su tratamiento, concepción individual de la enfermedad, etcétera; por último, cada padeci-

miento tiene una terapéutica específica, que por lo general requiere de diversos cuidados especiales para la atención de síntomas propios del padecimiento, o bien para la rehabilitación/cuidado derivados de las posibles consecuencias físicas generadas por la enfermedad o su tratamiento; una de las variables que puede ser un obstáculo o bien un recurso favorable para lidiar con la enfermedad y sus implicaciones, se relaciona con las creencias que la persona, sus familiares y su grupo de referencia poseen con respecto a la misma.

Creencias sobre las enfermedades crónicas

Las creencias que el paciente y sus allegados posean con respecto al padecimiento son cruciales para entender la forma de enfrentamiento de cada paciente. Éstas tienen un papel fundamental en el impacto emocional que viven los pacientes, debido a que la mayoría se encuentran asociadas a la incertidumbre y dificultad para predecir el curso de la enfermedad (por ejemplo, percepción de carencia de futuro, amenazas de destrucción física, social y psicológica, sensación de ser carga para los demás, preocupaciones existenciales sobre la vida y la muerte, pensamientos negativos y emociones dañinas, preocupación por los asuntos pendientes o inconclusos) además del estigma social que acompaña a la mayoría de estos padecimientos (Barroso y Grau, 2012; González, Tinoco y Benhumea, 2011). Por ello, desde hace al menos 30 años, se han desarrollado numerosos trabajos relacionados con las representaciones cognitivas de las enfermedades, algunos ejemplos son los de Prochaska, Keller, Leventhal y Leventhal (1987), donde señalan que las variaciones en las reacciones emocionales a los síntomas pueden atribuirse a esas representaciones; en su modelo de autorregulación, Leventhal, Diefenbach y Leventhal (1992), enfatizan su importancia al señalar que influirán en la forma de enfrentamiento de la enfermedad; mientras que en su trabajo, Petrie, Weinman, Sharpe y Buckley (1996) afirman que estas representaciones también influirán en las conductas de autocuidado.

Las creencias sobre la enfermedad, sus síntomas y tratamientos son un poderoso factor que influencia los comportamientos que el paciente y su familia mostrarán para afrontar la enfermedad, Joyce-Moniz y Barros (2007) señalan, por ejemplo, que al momento de recibir el diagnóstico, se presenta un sesgo cognitivo al imaginarse lo peor, lo cual en muchos casos, conduce a pensamientos de preocupación que se enfocan a la anticipación, y por consiguiente, a reacciones de ansiedad, disforia o depresión. O bien, al encontrarse en la fase de tratamiento, existe poca adherencia al mismo debido a las creencias que se puedan tener sobre la enfermedad: el paciente puede sentirse inseguro por la efectividad o enojado con las obligaciones que tiene que realizar, y se percibe carente de autonomía, por lo que puede percibir que lo que el médico le indica es una imposición inútil o arbitraria, y en este sentido es más difícil conseguir la adherencia terapéutica, al respecto González, et al. (2011), señalan que el apego al tratamiento médico-farmacológico pasa por una serie de filtros culturales, sociales y económicos, todos ellos relacionados de manera importante con la generación y mantenimiento de diversas creencias que pueden favorecerlo o no. Heijmans (1999) sugiere que los pacientes que perciben su enfermedad como grave, crónica e incontrolable tienden a ser más pasivos, reportan mayor discapacidad, tienen peor funcionamiento social y más problemas psicológicos en comparación con aquellos pacientes que perciben su enfermedad y lo que pueden hacer en términos de mayor posibilidad de control.

Culturalmente, existen una serie de creencias estigmatizadas y/o mitificadas con respecto a determinadas enfermedades crónicas; estas creencias pueden estar relacionadas con la adquisición de la enfermedad (como castigo divino, asociada a comportamientos promiscuos o a emociones intensas -p.e. en el caso de la diabetes, al asociarla a que tuvo un “susto” y por ello enfermó-), con el curso o pronóstico (expectativa de curación si se cumple con rituales religiosos, como hacer “mandas” o promesas

si la enfermedad remite) o con el tratamiento (vergüenza asociada a la presencia de efectos secundarios como caída del cabello o la mastectomía, inminencia de muerte).

Arrivillaga, Correa y Salazar (2007) afirman que existen asociaciones culturales de algunas enfermedades con la muerte, la más representativa en este sentido es el cáncer, por lo que la crisis inicial puede implicar incertidumbre o confusión, o bien, pensamientos tendientes a establecer una relación entre la enfermedad y el pronóstico de muerte, por lo que es muy frecuente encontrar componentes de ansiedad y desesperanza, y de acuerdo a la noción o conciencia de la enfermedad puede existir miedo o evitación, lo cual puede entorpecer la toma de decisiones con respecto a las opciones de tratamiento.

En general, las representaciones cognitivas de la enfermedad influyen en la mejor o peor adaptación y se han identificado algunos factores que pueden alterarlas:

- Identidad: nombre y síntomas de la enfermedad
- Causa: atribuciones sobre el origen de la enfermedad
- Duración: expectativa sobre el tiempo que permanecerá enfermo
- Control: creencia referida al control que el paciente cree tener sobre su enfermedad y/o síntomas
- Consecuencias: ideas sobre las implicaciones que tendrá la enfermedad para su vida cotidiana y a futuro

De acuerdo con Arrivillaga et al., (2007) es importante considerar que la reacción del paciente ante la enfermedad, va a estar matizada por la percepción que se tenga de los síntomas y de la enfermedad en general; otro factor a considerar es la experiencia previa de la persona con otras enfermedades, sus actitudes y opiniones, expectativas, plan de vida, etcétera, ya que el impacto psicológico es mayor cuando se trata de un primer diagnóstico y con una historia de vida de salud en general, mientras que para personas que han tenido dificultades de salud, el impacto,

aunque está presente, tiene otras características de acuerdo con sus experiencias previas y las creencias que tenga asociadas con los padecimientos que se van “sumando” a su vida.

Independientemente de la condición y padecimiento de cada paciente, es innegable el impacto que representa presentar una enfermedad crónica degenerativa, por lo que es frecuente que las personas tengan diversas creencias que dificultan la comprensión del significado, implicaciones y cambios asociados a padecer una enfermedad para el resto de la vida, por ejemplo, las expectativas de curación -cuando lo deseable es tener presente la noción de control de la enfermedad y desarrollar estrategias de automanejo para regular el curso e impacto de los síntomas y los problemas que involucre el padecimiento- (White, 2001).

Así, la adecuada identificación y comprensión de los componentes cognitivos atribuidos al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas es determinante para que el especialista en Medicina Conductual pueda aplicar las técnicas y principios derivados de la Terapia Cognitivo-Conductual a los diversos y complejos problemas que enfrentan las personas con estos problemas de salud, considerando, además, las etapas en las que se desarrolla la enfermedad.

Implicaciones y posibilidades de intervención en el curso de la enfermedad crónica

Padecer cualquier clase de enfermedad, desde una simple gripe o cursar con algún proceso de infección aguda, en general implica una serie de cambios que se traducen en desequilibrios en varios niveles (económico, actividades laborales, escolares y de ocio, rutinas diarias, alimentación), lo cual se ve potenciado cuando se presenta una enfermedad crónica, ya que el enfermo crónico no vuelve a su estado de «normalidad», aunque esté bien atendido, ya que el tratamiento es continuo y debe mantenerse el resto de la vida, lo cual implica adaptarse a la idea de que el tratamiento no “curará” la enfermedad, sino sólo fa-

vorecerá la posibilidad de control, esto también conlleva vivir indefinidamente con su padecimiento, sus síntomas y/o los efectos secundarios derivados de los tratamientos, es decir, no hay un plazo establecido para que la vida se termine, por lo que la persona requiere adaptarse también a la condición de monitoreo, tratamiento y cuidado continuo (Castañeda, 2006), es decir, aceptar el rol de paciente (Taylor, 2007). Adicionalmente, Velasco y Sinibaldi (2001) señalan que en el caso de las enfermedades crónicas, la mayoría de los pacientes se enfrentan a la inevitable realidad de la muerte y con mayor o menor intensidad y frecuencia, comienzan a pensar en ella.

Existen diferentes factores que afectan el bienestar psicológico de los pacientes con enfermedades crónicas que interactúan entre sí, generando combinaciones particulares para cada paciente, Power y Dell (2004) señalan como tales:

Sucesión de los eventos

La forma en que se desencadenó la enfermedad es importante en la presencia de reacciones conductuales y emocionales, ya que ésta puede ser consecuencia de un proceso o a partir de un evento particular, por lo que la reacción del paciente estará matizada por esto.

Severidad del padecimiento

Las atribuciones sobre la enfermedad varían en función de la etapa de detección del padecimiento, ya que puede generar reacciones de enojo o aislamiento, por lo que a mayor severidad de la enfermedad, las atribuciones serán más catastróficas y negativas.

Tratamiento

El tipo de tratamiento es crucial, ya que los procedimientos invasivos pueden conllevar a reacciones de ansiedad, depresión o estrés. Estas reacciones, a su vez, pueden repercutir en el autoconcepto y autoeficacia que el paciente tiene con respecto a sí mismo y a las demandas que los tratamientos implican.

Factores individuales

El tipo de enfrentamiento puede determinar una serie de consecuencias emocionales, por ejemplo, si la persona estaba acostumbrada a ser independiente y autónoma, el estar hospitalizada o bajo tratamiento puede generar sentimientos de minusvalía, vulnerabilidad, depresión y desesperanza; por otro lado, cuando la persona cuenta con estilos de enfrentamiento más adaptativos, pueden amortiguar el impacto de la enfermedad en la vida de la persona.

Imagen corporal

La imagen corporal se puede ver afectada, ya que pueden presentarse cambios a nivel físico que hagan a la persona percibirse como menos atractiva o saludable, con menos confianza en sí misma, entre otros. Estos cambios pueden significar para la persona menos percepción de control, menor autonomía y mayor dificultad para reintegrarse a sus actividades cotidianas.

Etapas de vida

Si bien es cierto que en ninguna edad la enfermedad es bienvenida, el momento en que se desarrolle la enfermedad es esencial, debido a que los cambios implícitos en su atención pueden interferir con los planes de vida o etapas del desarrollo, por ejemplo en cuestiones laborales, escolares o personales/familiares. Por tanto, el impacto psicológico estará en función de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente al momento del diagnóstico.

Cultura

Existen ciertos estereotipos culturales o estigmas que pueden afectar la percepción del paciente con respecto a su enfermedad, alternativas de tratamiento y pronóstico, lo que se traduce, por lo general, en concepciones mitificadas que distorsionan la manera en que la persona afronta la enfermedad, por lo que pueden producir ansiedad, desesperanza, depresión, exclusión y aislamiento.

Influencias del contexto

Los factores socioeconómicos, el apoyo social (real y percibido), así como aspectos psicosociales, influyen en las reacciones psicológicas del paciente ante la enfermedad, por ejemplo, las personas que tienen redes de apoyo disfuncionales o limitadas pueden presentar desesperación, frustración y pensamientos poco funcionales sobre su enfermedad, tratamiento y futuro con mayor frecuencia y duración en comparación con aquellas que tienen mejores redes de apoyo.

Padecer una enfermedad crónica, como se mencionó previamente, afecta gradualmente una amplia gama de actividades vitales, demanda reajustes y cambios profundos en la vida del paciente (Gómez, 2011), conlleva diversos cambios y afectaciones en diferentes áreas de la vida de la persona; en general, los cambios de rutina del enfermo consisten en dieta, limitación para realizar actividades físicas de intensidad variable (autocuidado, labores domésticas, cuidado de los hijos, actividades sexuales o laborales) por lo que la autonomía se ve comprometida (González, et al. 2011); imagen corporal, tipo de actividades de convivencia, economía y comunicación con la pareja y los hijos. Las implicaciones que conlleva tener una enfermedad crónica pueden agruparse en diversas áreas:

Área personal

Padecer una enfermedad crónico-degenerativa se considera como uno de los 10 eventos vitales que generan mayor nivel de estrés; sexto lugar en una muestra española en el estudio de González y Morera en 1983 y tercer lugar en una muestra mexicana en el estudio de Acuña en 2012; de estos datos puede desprenderse que, en la actualidad, al tener una mayor prevalencia en la población, la valoración de las enfermedades crónicas como evento estresante se ha modificado al cabo del tiempo.

Marsiglia (2001) afirma que las enfermedades crónicas o que implican algún procedimiento quirúrgico, por sí mismas repercuten de manera variable sobre el equilibrio emocional de las perso-

nas, por lo que la ansiedad y la depresión son dos respuestas comunes, estimando que alrededor del 35% de enfermos agudos presentan algún comportamiento asociado a la depresión. Explica que estas conductas pueden explicarse como componentes de un desorden de ajuste o adaptación ante un acontecimiento estresor (como la hospitalización) o como respuesta a las enfermedades crónico-degenerativas. Al caracterizar cada tipo de respuesta, considera que la ansiedad es un síntoma casi ineludible de las enfermedades crónicas o los procedimientos quirúrgicos, mientras que la depresión se ha encontrado como reacción secundaria a la enfermedad en un 10 a 15% de los casos, sobresaliendo en enfermedades cardíacas, en los pacientes con cáncer, en las enfermedades neurológicas y en la diabetes mellitus; adicionalmente, en el caso de la depresión, Gómez (2011) indica que los pacientes deprimidos tienen menos expectativas respecto al éxito del tratamiento médico y se desalientan con facilidad.

Estos datos se pueden complementar los datos con referidos en el metaanálisis realizado por Clarke y Currie (2009), donde encontraron que tanto la ansiedad como la depresión son más frecuentes en personas con enfermedades crónicas que en la población general, aunque la ansiedad es más frecuente en personas que padecen enfermedades cardiovasculares, infartos y cáncer. Así, Gómez (2011), señala que dependiendo del tipo y estadio del padecimiento, entre el 12 y 40% de los pacientes padecen algún problema emocional.

Otro aspecto que resulta severamente afectado es la sexualidad de los pacientes, lo cual puede ocurrir debido a la propia naturaleza de la enfermedad o bien relacionado con efectos secundarios de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos, sin embargo, la mayoría de las personas no reportan las alteraciones que pueden ocurrir en las fases de deseo y excitación sexual, lo cual pudiera explicarse, de acuerdo con Ledón (2011), a partir de la noción de que la sexualidad se percibe como algo no importante comparado con el padecimiento, ya que al es-

tar enfermo se está enfrentando una amenaza para la vida y por tanto, el aspecto sexual es algo totalmente fuera de lugar. Pese a ello, es necesario valorar estas problemáticas y atenderlas, ya que como afirma Álvarez (2007), las disfunciones sexuales asociadas a las enfermedades crónicas pueden favorecer problemas de autoestima, dificultades en la autoimagen, ansiedad y depresión, lo cual puede afectar seriamente la condición de la enfermedad y obstaculizar una adecuada adherencia al tratamiento.

Área familiar

Entendida como estado permanente de falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, la enfermedad crónica implica la demanda de atención de otras personas y ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (Ledón, 2011). Por tanto, el principal soporte de la mayoría de los enfermos crónicos se encuentra en la familia, de la cual se obtienen diversos tipos de apoyos en algún o algunos integrantes de la misma, los cuales van desde el apoyo instrumental, el económico y el emocional, que genéricamente se agrupan como apoyo social.

En ese sentido, uno de los integrantes se identifica, explícita o implícitamente como el cuidador de la persona enferma, por lo que se encargará paulatinamente, conforme progrese el padecimiento, de una serie de necesidades que demandarán una cantidad considerable de tiempo y recursos económicos, físicos y emocionales del cuidador.

De acuerdo con Reyes et al., (2010), la capacidad de los familiares de realizar una serie de conductas de cuidado, influirá en el tratamiento y curso de la enfermedad del paciente, por lo que es necesario una evaluación de las condiciones socio-familiares, ya que el impacto en la misma dependerá de quién es el paciente (género, rol, edad, relaciones) y de qué manera deberán hacerse ajustes para la realización de actividades cotidianas y laborales. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones, y de provisión de cuidados, se convierten

en elementos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.

Al requerir diversos tipos de cuidados, los familiares se ven en la necesidad de involucrarse en actividades de enfermería sin estar preparados para ello y sin tener una idea clara de lo que se espera de ellos; esto implica un importante esfuerzo físico y emocional, que puede favorecer: la disminución del descanso, restringir las actividades sociales, de ocio e incluso las actividades económicas, lo cual empeora la situación ante la necesidad de adquirir medicamentos que en la mayoría de los casos son muy costosos, por tanto, la calidad de vida puede ser mala para el paciente, pero también para la familia y particularmente para quien cuida (Castañeda, 2006).

En resumen, debido a que la enfermedad crónica degenerativa representa una pérdida global y progresiva de las capacidades del individuo, puede conllevar el deterioro de las relaciones familiares por la modificación en los roles y en las condiciones de vida que están asociadas a este proceso, particularmente referentes a los cuidados y atención del enfermo. Este deterioro en las relaciones al interior de la familia también se encuentra matizado por los cambios en los estados emocionales por los que atraviesa el enfermo, a lo que se suma la necesidad de que sean los familiares quienes proporcionen una serie de cuidados no remunerados (Isla, 2000) y tomen decisiones importantes y difíciles, lo cual se traduce en la necesidad de reajustarse, plantear nuevas expectativas, metas y objetivos de acuerdo al tratamiento del paciente (Reyes, 2007).

Ante ese panorama, es común que en el cuidador primario se observen una serie de problemas psicológicos y conductuales como depresión, pérdida de autonomía, elevados niveles de estrés, ansiedad y presión social, ya que se le encomienda la responsabilidad del cuidado y bienestar del enfermo, por lo que puede presentar sentimientos de culpa y cogniciones contradictorias relacionadas con la idea de que debe ofrecer una atención completa y conti-

nua por sentirse responsable en todo momento del paciente, por lo tanto expresa querer mantener a la persona bajo su cuidado y se rechaza la ayuda; la actividad del cuidador se concibe como un deber y la carga de no querer defraudar a la persona ni a los otros familiares (Isla, 2000).

Área laboral

Prácticamente todas las enfermedades crónicas generarán, en algún momento de su evolución, problemas en las actividades laborales (Taylor, 2007). Debido a la inevitable modificación en el nivel de actividad, derivado de asistencias frecuentes al nosocomio (consultas, realización de estudios, aplicación de tratamientos de tipo ambulatorio, atención de urgencia y/u hospitalización), aunado a cambios en el nivel de energía a consecuencia de la propia enfermedad o tratamiento, el área laboral puede verse seriamente comprometida, llegando en algunos casos al cese temporal, o en el peor de los casos al definitivo, lo que produce inestabilidad económica que en muchos casos también afectará la atención de la salud (Ledón, 2011). Las dificultades económicas hacen que la procuración de cuidados y atención oportuna de la enfermedad sea más compleja, tanto en la disposición de medicamentos, como en la asistencia frecuente al hospital y en el seguimiento de regímenes alimenticios especiales (González, et al. 2011).

En los casos donde la persona está afiliada a alguna institución de seguridad social, debe tener algunos requisitos para que le sea otorgada una pensión de invalidez por enfermedad general, por ejemplo, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, el paciente debe tener un mínimo de 3 años cotizando de manera continua en el IMSS, contar con un dictamen médico que avale la invalidez y que no sea originada por un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, además, el monto de la pensión depende de los años de trabajo (3 a 10 años, 60% de su sueldo; de 10.5 hasta 28/27 años 61% e incrementa 1% por cada 6 meses adicionales de servicio) (IMSS, 2012).

Sin embargo, una gran proporción de la población en México no cuenta con servicios de seguridad social. En una encuesta realizada por Puentes-Rosas, Sesma y Gómez-Dantés (2005), reportan que ese dato asciende a 59.9% de la población total del país, lo cual implica que estas personas deban acudir a servicios de salud pública públicos o privados que son pagados por el paciente. Con ese mismo dato, se entiende que la mayoría de la población en el país se encuentra desarrollando actividades laborales en la economía informal o en pequeños negocios que no cuentan con seguridad social, por ello, es difícil que las personas con enfermedades crónicas conserven su empleo o se mantengan en actividades productivas luego del diagnóstico.

En el caso de las mujeres, Ledón (2011) afirma que es muy frecuente encontrar que las mayores preocupaciones aparecen cuando ven interrumpidas la realización de actividades domésticas y de cuidado de la familia, además de actividades remuneradas, lo cual genera mayor preocupación y ansiedad en el caso de madres solteras o jefas de familia.

En algunos casos, cuando existe un buen manejo/control de la enfermedad, la posibilidad de reinserción laboral en la economía formal en la mayoría de los casos es difícil, ya que los pacientes se encuentran con dificultades para conseguir o mantener un empleo (Ledón, 2011), otros deben enfrentarse a discriminación y/o acoso laboral por parte de jefes o empleadores, que se traduce en escasas probabilidades de promoción, menos oportunidad de aumento salarial y la tendencia a que se les asignen actividades de menor responsabilidad (Taylor, 2007), por lo que en nuestro país se tiende a la generación de posibilidades de autoempleo a través de actividades comerciales o de servicios propios, que en muchas ocasiones dificulta la correcta adherencia a las condiciones de tratamiento propias del padecimiento.

Área social

Castañeda (2006) señala que desde el punto de vista social, las enfermedades crónico degenerativas

cuestionan la manera en que tradicionalmente se ha educado y formado al profesional médico, ya que debe atender a enfermos cuando sabe que no va a resolver el problema, es decir no va a poder curar; esta consideración lo coloca en un papel distinto, donde sólo va a poder hacer algunas cosas para que el paciente esté mejor; por otro lado, el enfermo sabe (en el mejor de los casos, aunque en la gran mayoría no es así) que no va a recuperar la salud, sino que con el paso del tiempo la enfermedad progresará pese al esfuerzo médico, económico y psicológico que implica.

Ledón (2011) señala que los amigos, los compañeros de trabajo, los familiares y la pareja son quienes se convertirán en la principal red de apoyo para el paciente, y dependiendo de las relaciones previas que hayan establecido, pueden favorecer o entorpecer el proceso de adaptación a la enfermedad, desde aspectos económicos, hasta modificar la forma en que la persona se ve a sí misma. Del mismo modo en que la edad o etapa del desarrollo en que inicia la enfermedad, el área social también tendrá un mayor o menor significado para el paciente dependiendo de su edad, por ejemplo, en el caso de adolescentes diagnosticados con insuficiencia renal, la presión social, aunado a escasas habilidades asertivas pueden dificultar la adecuada adhesión a la dieta.

En conclusión, una enfermedad crónica-degenerativa altera las funciones orgánicas, personales, sociales, económicas y emocionales del paciente, quien probablemente tendrá largos periodos de hospitalización, modifica su vida y la de sus familiares o cuidadores primarios, por lo que prácticamente altera todas las áreas de la vida de la persona, lo que hace muy compleja su atención integral; adicionalmente, se considera que las afectaciones emocionales son proporcionales al avance de la enfermedad (De los Ríos, Barrios y Ávila, 2004).

Joyce-Moniz y Barros (2007) plantean que existen diferentes factores que influyen el tratamiento de las enfermedades crónicas. Entre ellas se encuentran las repercusiones psicológicas propias

del paciente y de los familiares, la influencia del contexto y los aspectos psicosociales que determinan las formas de reacción de los usuarios. Por ello, es prioritaria la colaboración de un equipo multidisciplinario que atienda las diversas necesidades que invariablemente surgirán en la evolución del padecimiento, particularmente, el proceder del psicólogo ante cualquier enfermedad crónico-degenerativa está en función de las diferentes etapas de atención médica de la enfermedad crónica (Arrivillaga et al. 2007; Vinaccia y Orozco, 2005), aunque en general se consideran como objetivos generales de la intervención psicológica (Bravo, 2004):

- Orientar a los pacientes de manera realista acerca de sus limitaciones futuras
- Favorecer la adaptación adecuada del paciente (y sus familiares) a la enfermedad y sus tratamientos
- Prepararlos para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de su enfermedad
- Generar metas razonables hacia las cuales dirigirse a corto y mediano plazo

Estos objetivos se consideran a lo largo de la evolución natural de la enfermedad, (desde el periodo subclínico -sin síntomas-, hasta el clínico (incluyendo la muerte) de acuerdo a las respuestas y necesidades que aparezcan en cada caso particular (sin olvidar que dos personas con el mismo tipo y grado de enfermedad física tendrán respuestas psicológicas muy diferentes, de acuerdo con todos los factores y peculiaridades antes expuestos), todo ello ocurre en las diferentes etapas de atención médica:

Prediagnóstico

Esta etapa está caracterizada por preocupación por los síntomas y conductas de retraso a la exploración o evitativas (Vinaccia y Orozco, 2005), (por ejemplo: “luego voy al médico”), búsqueda de explicaciones alternativas no catastróficas (“se me va a pasar”, “no ha de ser nada”). Al acudir al médico y éste comienza la revisión y solicita estudios, pueden presentarse

temores y la generación de ideas poco funcionales de carácter anticipatorio (“*¿y si es algo horrible?*”, “*¿si es grave?*”, “*¿y si ya no puedo...*”, “*¿qué tal que...?*”).

En ocasiones, de acuerdo con los estilos de enfrentamiento de cada persona, así como de sus recursos cognitivos y socioeconómicos, puede comenzarse la búsqueda de información sobre los síntomas en medios electrónicos o en la red de apoyo, familiares, amigos y vecinos, lo cual puede favorecer o incrementar la sensación de incertidumbre, miedo o ansiedad. Luego de acudir al médico y, de ser necesario, realizarse diversos tipos de estudios, el paciente se encuentra a la espera del diagnóstico, lo cual, de acuerdo con Velasco y Sinibaldi (2001), se experimenta con un elevado grado de estrés.

En esta fase, el trabajo del psicólogo puede estar dirigido a sensibilizar a la persona y sus familiares con respecto a la importancia de realizarse los estudios y disminuir las conductas de evitación y demora; por otro lado, puede iniciarse la exploración de recursos en caso de que se tenga una enfermedad crónica, identificación y valoración de creencias sobre la enfermedad y orientar en la disminución de pensamientos anticipatorios disfuncionales. Adicionalmente, esta puede ser una etapa muy valiosa para la detección temprana de problemas comportamentales y/o emocionales, ya que de acuerdo con Nosarti (2002, en García-Viniegras y González, 2007), los síntomas psicopatológicos son mayores en esta etapa.

Diagnóstico

Es una fase particularmente crítica, aunque muy corta, que es una gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y/o su familia; está compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados. Velasco y Sinibaldi (2001) afirman que en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, que se vincula con una sensación de vacío e indefensión (Joyce-Moniz y Barros, 2007); además, en la mayoría de los casos, la terminología médica aparece y la comunicación

entre el médico y el paciente puede distorsionarse, ya que el primero no está entrenado para hablar coloquialmente y el segundo no está, en la mayoría de los casos, entrenado para entender con claridad el lenguaje médico; el profesional puede hablar de probabilidades y porcentajes de cura/control, acciones a seguir (comenzar tratamiento, realizarse estudios más específicos), otros especialistas a quien consultar, trámites que llevar a cabo, etcétera, lo que en general favorece la percepción de pérdida de control en el paciente: la persona puede apreciar a la enfermedad como una amenaza a su vida, que genera desconcierto con respecto tanto al diagnóstico como al pronóstico (Arrivillaga et al., 2007).

La noticia del diagnóstico puede favorecer la aparición de diversas reacciones emocionales y de enfrentamiento tanto para el paciente como para los familiares, convirtiéndose éstos en la red de apoyo más común. En el caso de que el paciente diagnosticado sea alguno de los sostenes económicos de la familia, el impacto es mayor, ya que inevitablemente se tendrán que reajustar o modificar los roles de los integrantes de la familia (Reyes et al., 2010), lo cual también puede ser fuente de tensión y conflicto que se suman al ya de por sí complejo proceso de enfermedad.

En el transcurso de esta fase de la evolución de la enfermedad, se han identificado diversas clases de reacciones emocionales, Beneit (1992) señala que es común que las personas reaccionen con perplejidad y desorientación luego de la comunicación del diagnóstico, lo que dificulta que los pacientes se percaten del alcance y las repercusiones que esa nueva condición impondrá en su vida, por tanto, caracteriza a esta etapa inicial de desorientación con emociones de negación y miedo, posteriormente, pueden surgir emociones como enojo, depresión y ansiedad (Arrivillaga et al., 2007; Taylor, 2007). Sin embargo, la mayoría de las respuestas emocionales que se observan en esta etapa, tienden a tener un carácter adaptativo para:

- Hacer frente al dolor (físico/psicológico) y la incapacidad

- Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos médicos
- Establecer relaciones adecuadas con los profesionales de salud
- Prepararse para un futuro incierto

Derivado del impacto que genera el diagnóstico y por consiguiente, de las respuestas emocionales que pueden presentarse durante esta etapa, una de las intervenciones psicológicas más frecuentes es la intervención en crisis, particularmente enfocada a los primeros auxilios psicológicos, donde el objetivo es reestablecer el enfrentamiento inmediato ante la incapacidad de responder apropiadamente a la situación (Slaikeu, 1996).

Sin embargo, aunque no todas las personas que reciben el diagnóstico de una enfermedad crónica van a presentar respuestas emocionales intensas o una crisis, es importante que el psicólogo haga una valoración del estado psicológico posterior a la comunicación del diagnóstico, de manera que evalúe el funcionamiento de la persona y si es necesario, proporcionar psicoeducación sobre el padecimiento, canalizarlo a atención psicológica para facilitar la adaptación a la enfermedad, facilitarle información sobre fuentes y recursos de apoyo, o bien verificar que no presenta datos de mortalidad y puede enfrentar la situación con sus propios medios.

Tratamiento

Cuando se trata de un padecimiento agudo, esta etapa generalmente implica seguridad con respecto a que se están realizando las acciones pertinentes para recuperar la salud. Sin embargo, cuando se trata de padecimientos crónico-degenerativos, esta etapa suele generar mucho estrés, debido a que implica cambios mayores, y en muchos casos permanentes, en el estilo de vida de los pacientes y sus familias; por ello, es muy importante evaluar e intervenir en los reajustes emocionales derivados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, además, De los Ríos et al., (2004) señalan que el enfrentamiento y la percep-

ción de estrés serán claves importantes para el ajuste inicial al tratamiento.

En esta etapa, la atención se centra en los efectos de las medidas terapéuticas, en la posible reintegración a la vida cotidiana y los problemas de adaptación ante nuevas condiciones; es una etapa muy compleja ya que pueden ofrecerse al paciente diversas modalidades/combinaciones de tratamiento, las cuales dependerán del tipo de enfermedad y grado de deterioro que la misma ya ha causado a la persona, la edad, la existencia de comorbidades, los recursos económicos para solventar tratamientos especializados y/o prolongados, etcétera. Ante esto, el personal médico dispone de un conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades (Diccionario Médico, 2001). Algunos tipos de tratamiento que pueden indicarse en el curso de una enfermedad crónico-degenerativa son:

- Farmacológico
- Quirúrgico
- Dietético
- Hormonal
- Físico
- Con apoyo mecánico
- Modificaciones en estilo de vida y actividad

Para algunas enfermedades, los tratamientos son muy agresivos, con efectos secundarios indeseables -generalmente temporales, aunque impactantes-, que pueden implicar periodos de hospitalización prolongada o recurrente, o bien que alteran la funcionalidad del paciente; por ello, se pueden convertir en una fuente de emociones negativas que favorecen el desarrollo de problemas psicológicos asociados a las condiciones de tratamiento (Gómez, 2011), algunos ejemplos son estudios que reportan 37% con trastornos depresivos y 8% con trastornos de ansiedad, en pacientes oncológicos (Love, Kissane, Bloch y Clarke, 2002); 21% con depresión y 9% con ansiedad en pacientes a quienes se pospuso

cirugía de corazón (Ivarsson, Kimblad, Sjoberg y Larsson, 2002); 32% con depresión y 55% con síntomas ansiosos previos a un evento quirúrgico (Rymaszewska, Kiejna y Hadrys, 2003); 32% y 40% de mujeres hospitalizadas, con trastornos de depresión y ansiedad, respectivamente (Grau, Suner, Abuli y Comas, 2003).

Pese a que se encuentran reportes de porcentajes significativos de personas que presentan respuestas características de ansiedad o depresión, Kelly y Turner (2009) señalan que ambas problemáticas se detectan en pocos casos en pacientes que se encuentran hospitalizados, donde alrededor del 17% de pacientes con ansiedad clínica y solo el 6% con depresión clínica son identificados y atendidos, por lo que alrededor del 75% de los pacientes con necesidades psicológicas no son atendidos durante su estancia hospitalaria, lo cual es grave, ya que estas problemáticas pueden ser un factor determinante en el curso y tratamiento de la enfermedad.

Velasco y Sinibaldi (2001) describen algunas de las características psicológicas que se pueden identificar en esta etapa y que requieren de la intervención del médico conductual: al inicio de esta etapa, también conocida como fase crónica de la enfermedad, la mayoría de los pacientes necesita y se encuentra en disposición de hablar sobre su diagnóstico y la evaluación de su tratamiento, ello debido a que se crea una expectativa de curación en muchos casos poco realista; en un periodo más avanzado, la esperanza generalmente desaparece, convirtiéndose en miedo, aumenta la rabia ante la poca efectividad de los tratamientos y el aumento en los signos y síntomas secundarios, así como el importante grado de discapacidad o pérdida de autonomía que el padecimiento ocasiona, por lo tanto el paciente tenderá a comportarse con falta de optimismo y menor adaptación. De los Ríos et al., (2004) agregan que en muchos pacientes suele ser común la baja autoestima, originada, entre otras, por distorsiones cognitivas de adivinación de pensamiento -al percibirse en función de la manera en que el paciente cree que los demás

lo ven-, se encuentran sentimientos de inutilidad e incluso pueden presentarse comportamientos autolíticos, por lo que el riesgo de suicidio puede ser muy elevado; Taylor (2007) señala que estas respuestas pueden ser temporales, sin embargo, otras serán permanentes, tales como el deterioro cognitivo que se asocia con ciertos padecimientos (p.e. cáncer metastásico a cerebro; progresión de demencias, entre otros).

Durante esta etapa de la enfermedad es donde pueden producirse la mayor cantidad de modificaciones en prácticamente todos los aspectos de la vida del paciente (señalados previamente en este capítulo), y por ende, es una fase que puede ser muy prolongada y que requiere que la persona cuente con habilidades que le permitan enfrentarse y adaptarse a los diversos retos que el tratamiento conlleve en su caso particular.

Algunas áreas, a modo de ejemplo, donde se puede intervenir psicológicamente en esta fase pueden incluir: analizar las creencias y las expectativas de curación; proporcionar información complementaria respecto de los diversos tratamientos propuestos; intervenir para favorecer la disminución de respuestas ansiógenas o depresivas, así como preparar al paciente para la realización o puesta en marcha de las recomendaciones terapéuticas, con énfasis en los beneficios de la adecuada adherencia a la terapéutica; identificar y analizar las creencias relacionadas con los efectos secundarios, las expectativas de curación y las atribuciones con respecto a la evolución de la enfermedad.

Rehabilitación o remisión

La remisión, en el caso de las enfermedades crónicas, se refiere a la disminución de la intensidad de los síntomas y generalmente se considera que la enfermedad se encuentra en control. Durante la remisión del padecimiento y en algunos casos, de rehabilitación debido a efectos secundarios de los tratamientos administrados, se busca que la persona se reincorpore, idealmente de manera total, a sus actividades, sin

embargo, puede resultar complicado debido a que el paciente y/o sus familiares pueden presentar una serie de temores con respecto a reintegrarse al trabajo, al estudio, socializar, y en ocasiones, hasta el simple hecho de salir a la calle; por lo que pueden presentarse de nueva cuenta los problemas de adaptación, incertidumbre con respecto a las posibles recurrencias o recaídas, las cuales, cuando ocurren, son más difíciles para el paciente, ya que los tratamientos serán más agresivos, con mayores efectos secundarios y resultarán más aversivos para el paciente; algunos otros prefieren “olvidar voluntariamente su enfermedad y consecuencias, gradualmente se vuelven más pasivos, solitarios y menos comunicativos” (Velasco y Sinibaldi, 2001, p.112).

Los objetivos de la intervención psicológica en esta etapa incluyen satisfacer una amplia variedad de necesidades que pueden presentarse en el paciente o sus familiares, algunos de ellos son: favorecer la adherencia a la terapéutica médica, ya que en muchos casos, se asume que la enfermedad está “curada” y la persona puede descuidar o abandonar las indicaciones para mantener un control adecuado de la enfermedad; fomentar la expresión de temores asociados con la posible progresión de la enfermedad, recaídas y/o complicaciones; entrenar en habilidades de enfrentamiento que permitan la reincorporación a las diversas áreas y actividades de la vida de la persona. Un punto importante es trabajar el aspecto cognitivo, sobre todo para aquellas enfermedades donde el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida es una condición esencial del tratamiento, ya que los pacientes pueden tender a presentar “olvidos” o a ser negligentes con respecto a la realización de actividad física o el cuidado de la dieta, o bien estar sometidos a diversas presiones familiares o sociales que generan creencias distorsionadas o mitificadas sobre la manera en que puede progresar su padecimiento.

Enfermedad terminal

Es una etapa compleja, generalmente se establece cuando la enfermedad ha progresado del estado

crónico a la etapa terminal (de manera lenta o gradual, o bien, súbitamente) donde se asume que la muerte se encuentra cercana, ya que el paciente se encuentra deteriorado en diversas funciones vitales, derivadas, en la mayoría de los casos del propio curso de la enfermedad. Parte de las características de esta fase es la gran dependencia que tiene el paciente con respecto de su cuidador primario, ya que es incapaz de trabajar y requiere de ayuda para la totalidad de tareas de autocuidado, alimentación y movilidad. En algunos pacientes se observan alteraciones en el patrón vigilia-sueño, de manera que por la noche se quejan de dolor o están muy alertas y agitadas, mientras que en el día están durmiendo.

Hacia el final de la vida, muchas personas con padecimientos crónicos están rígidos, presentan dolor considerable, no hablan, no controlan esfínteres, se encuentran sumamente débiles y permanecen postrados en cama; para este momento de la enfermedad se incrementa el riesgo de complicaciones por la presencia de infecciones, deshidratación, heridas por la inmovilización, desnutrición, dificultades respiratorias, entre otras; de hecho, la mayoría de las causas de muerte están relacionadas con alguna de esas complicaciones, no por la enfermedad propiamente dicha.

Hablar de la muerte culturalmente se considera inoportuno, tanto por parte del personal de salud como por los propios pacientes y sus familiares; en esta etapa, es frecuente escuchar en los médicos frases evasivas al referirse a la muerte inminente, diciendo frases como “hay que esperar,” “estamos haciendo hasta lo imposible,” en otras ocasiones, cuando el personal señala que la muerte es muy probable se le tacha de frío y deshumanizado; con respecto al cuidador o la familia, cuando el paciente pregunta si está muriendo, las respuestas muchas veces son “no digas eso,” “te vas a poner bien;” estas características, entre otras, favorecen que se presente la “conspiración del silencio,” en la cual nadie quiere tocar el tema y se evita hablar de él con franqueza.

Sin embargo, ello no significa que esta sea una etapa de calma, por el contrario, es frecuente que se presenten sentimientos de aislamiento y depresión profunda debido a una anticipación de la propia muerte; generalmente, el paciente y su familia comprenden -aunque no lo manifiesten con claridad- esta situación cuando la atención del personal de salud se desplaza de los tratamientos curativos a los cuidados paliativos, así, cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte con frecuencia experimenta angustia, la cual se relaciona con pérdidas pasadas y futuras, por otro lado, tiende a perder autonomía y control sobre la situación (Bravo, 2004).

En algunos casos es probable que sus familiares se hayan alejado emocional y/o físicamente debido principalmente a su propio temor a la muerte, ocultando información, dejándolo solo, sin alguien que lo acompañe afectivamente, lo cual dificulta la toma de decisiones con respecto a los cuidados. Muchos pacientes muestran conductas de rechazo o agresión a sus familiares, al personal médico, u otros profesionales, impiden que se le practiquen exploraciones físicas, exámenes de laboratorio, procedimientos médico-quirúrgicos, se niegan a recibir sus medicamentos o a continuar su tratamiento (Velasco y Sinibaldi, 2001); en muchos casos, los familiares se encuentran ante la disyuntiva de llevar a su paciente a casa “por máximo beneficio” (cuando se le han proporcionado todos los cuidados disponibles y no hay más que ofrecer) o permanecer en hospitalización.

Debido a estas características, es la etapa más delicada de la atención al paciente con una enfermedad crónica y sus familiares, ya que en lo general, deben realizarse intervenciones orientadas a hablar de lo que está ocurriendo y de lo que va ocurrir en el futuro próximo, facilitar la despedida, a tomar decisiones y ayudar tanto al paciente como a sus familiares a enfrentar la muerte de manera adaptativa; estas intervenciones están matizadas por la condición física y cognitiva en que se encuentre el paciente, por ejemplo, si se encuentra consciente, si es capaz de hablar, si puede tomar decisiones, entre las más im-

portantes. El médico conductual en esta etapa tiene un papel principalmente de apoyo para el cuidador y sus familiares, ya que en ocasiones se presentan diversas respuestas de crisis que pueden dificultar la realización de trámites, la toma de decisiones, o explicar a otros familiares la muerte -principalmente en el caso de niños-.

En resumen, el trabajo del médico conductual puede desarrollarse a lo largo de todas las fases de la evolución de la enfermedad, y aunque en cada una puede perseguir objetivos muy específicos, el propósito general puede sintetizarse en favorecer la adaptación psicológica del paciente por las diversas condiciones que la enfermedad crónica le demandará por el resto de la vida.

Consideraciones adicionales a la intervención psicológica en enfermos crónicos

Una persona con una enfermedad crónica tiene una serie de experiencias y condiciones históricas, individuales e interpersonales que deben ser consideradas por el especialista en la conducta humana, además de las probables reacciones a la enfermedad, las creencias asociadas a la misma y las implicaciones en cada una de las áreas de la vida anteriormente descritas. A continuación se describen algunas situaciones que matizarán, aún más, la conceptualización e intervención psicológica del paciente.

Problemas psicológicos previos a la enfermedad

La presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos previos a la enfermedad crónica pueden generar otra gama de problemáticas, independientemente de la fase de atención médica en la que se encuentre el paciente, que requieren atención e intervención, entre estas se encuentran: retrasar el diagnóstico, afectar la comunicación de sintomatología, comprometer la comprensión de la situación de salud y la consecuente toma de decisiones, reducir la motivación del paciente hacia el tratamiento y la adherencia, exacerbar los síntomas, afectar su habilidad para afrontar efectos secundarios, tener un efecto negati-

vo en las relaciones familiares, entre otras (Turner y Kelly, 2000). Así, se considera que el tener problemas psicológicos previos es un factor que puede favorecer la presencia de reacciones psicológicas severas posteriores al diagnóstico de una enfermedad crónica.

En diversos estudios se han reportado datos de comorbilidades de enfermedades físicas con trastornos psiquiátricos, por ejemplo, De los Ríos et al., (2004) mencionan que 10% de los pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética tiene algún trastorno psiquiátrico, que de no ser detectado a tiempo puede causar el desapego o abandono del tratamiento; además señalan que los pacientes con depresión grave pueden presentar conductas suicidas, que pueden ir desde el rechazo a la diálisis, ignorar el régimen terapéutico o no seguir una dieta, entre otros. White (2001) reporta que entre el 20-25% de pacientes con enfermedades crónicas experimenta clínicamente problemas psicológicos significativos previos al diagnóstico. Por tanto, la presencia de problemas psicológicos comórbidos, de manera frecuente, pueden complicar el manejo médico de las enfermedades.

El riesgo de suicidio se encuentra altamente vinculado a la depresión severa, la cual puede estar presente antes de recibir el diagnóstico de la enfermedad crónica, por lo que idealmente debieran valorarse a nivel psicológico a todos los pacientes con recién diagnóstico y a aquellos a quienes se les han comunicado malas noticias con respecto a su pronóstico y tratamiento.

Pluripatología o multitud de comorbilidades físicas

Otro elemento a considerar en la atención del enfermo crónico es la pluripatología, es decir, presentar diversas enfermedades crónicas concomitantes, la cual es común en este tipo de pacientes, Montes et al., (2012), por ejemplo, señalan que en España entre el 20-40% de los ingresos de Medicina Interna presentan esa característica y alrededor de 10% corresponden al 55% de tiempo de hospitalización; se señala que en países desarrollados, las personas con

patologías múltiples representan más del 50% de la población con enfermedades crónicas. Fernández (2011, en Montes et al., 2012) destaca algunas características de las personas con esta condición:

- Mayor de 80 años, aunque puede comenzar a observarse un incremento en la pluripatología a partir de los 65 años.
- Disminución progresiva de la autonomía personal y de la capacidad funcional, lo cual acarrea diversas repercusiones emocionales, familiares y sociales.
- Necesidad de atención en diversos servicios de consulta externa tanto a nivel primario como de especialidad, con pruebas diagnósticas particulares y con frecuencia repetitivas
- Hospitalización y atención de urgencia repetidas, con estancias prolongadas
- Baja adherencia terapéutica frente a los tratamientos múltiples

Este conjunto de condiciones implica una gran complejidad para la adecuada atención médica del paciente, y a nivel psicológico se derivan diversos tipos de necesidades cognitivas, comportamentales y emocionales relacionadas con la pluripatología, de ahí que sea necesario que el psicólogo especialista, posea conocimientos básicos de cada una, para generar programas de manejo psicológico adecuados a las condiciones de cada paciente y su entorno.

Atención al grupo de apoyo

Considerando lo anterior, y ya sea que exista o no pluripatología, la atención integral del enfermo crónico no solo debe estar dirigida hacia él, sino incluir a su sistema social más cercano, en la medida que con la progresión de la enfermedad, requerirá cada vez más de mayor ayuda y procuración de cuidados tanto físicos como afectivos; además, es indiscutible que en muchos casos, las decisiones no son tomadas por el paciente en solitario, sino que éste consulta con una cantidad variable de familiares, amigos o personas en quien confía o percibe que pueden ayudarlo

a tomar decisiones, por lo que las intervenciones deben considerar el papel que pueden desempeñar estos agentes como un facilitador o como un obstáculo para la adecuada comprensión y tratamiento de la enfermedad. Ante este panorama, Isla (2000) recomienda que debe prestarse mayor atención a la familia en conjunto como depositaria de responsabilidad de cuidado del enfermo y señala que debe darse apoyo a los cuidadores informales para que comprendan la enfermedad, sus manifestaciones y posibles implicaciones para las diversas áreas de su vida y no mantenerlos como simples espectadores.

Una de las intervenciones más empleadas para lograr lo anterior es la psicoeducación, que en general consiste en proporcionar información a la persona sobre algún tema particular y, con mucha frecuencia, se emplea cuando la falta de información hace que la persona no lleve a cabo determinada/s conducta/s o no actúe adecuadamente en determinada/s situación/es (Cobos y Gavino, 2006). En ese sentido, busca hacer partícipe al paciente de lo que se sabe científicamente sobre su problema e intenta que ese conocimiento lo aplique a la mejora de su vida (Rebolledo y Lobato, 1997), ya sea favoreciendo una toma de decisiones razonada o bien induciendo a la acción planificada. Adicionalmente, se ha encontrado que reduce la ansiedad, promueve la adherencia a los tratamientos, las conductas de autocuidado, estrategias adaptativas, incrementa la sensación de control y en algunos casos disminuye las reacciones depresivas frente a la enfermedad y los tratamientos (Butow, Brown, Cogar, Tattersall y Dunn, 2002; D'haese, et al., 2000; Humphris, Ireland y Field, 2001).

En conclusión, una enfermedad crónica-degenerativa amenaza inevitablemente las funciones orgánicas, sociales y emocionales del paciente, quien requerirá en un momento dado de largos periodos de hospitalización, con lo que definitivamente se modifica su vida y la de sus familiares. Al ponerse en riesgo la vida del enfermo o enfrentar diferentes niveles de incapacidad, el paciente y su familia experimentará cambios y ajustes en sus actividades

y funciones diarias. De ahí que la intervención psicológica oportuna, a nivel institucional, laboral e individual con los usuarios de servicios de salud puede facilitar su adecuada atención; en este sentido, el psicólogo puede actuar como educador del personal de salud respecto a la relación con quienes padecen algún padecimiento crónico o agudo, con lo cual muchas de las fuentes de estrés o de reacciones emocionales desadaptativas como la ansiedad o la depresión podrían reducirse o eliminarse, principalmente al considerar al paciente protagonista de su atención y no como un agente secundario de la misma.

REFERENCIAS

- Acuña, L. (2012). Gravedad de eventos vitales estresantes en función de la ocupación, estado civil y nivel de escolaridad de personas adultas. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(2): 283-296. Recuperado de <http://journals.fcla.edu/ijp/article/view/77117/pdf>
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L. y Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, suplemento 4, 459-466.
- Barroso, I. y Grau, J. (2012) Eutanasia y cuidados paliativos: ¿diferentes aristas de un mismo problema? *Psicología y Salud*, 22(1): 5-25. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Irene%20de%20la%20C-Barroso%20Fern%20E1ndez.pdf>
- Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en Detalle ALAPSA*. (5). Recuperado de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
- Beneit, P. (1992). La enfermedad crónica. En J. Latorre y P. Beneit (coordinadores). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Cap. 14, pp.225-237. Buenos Aires: Lumen.
- Bravo, M. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría no Publicada. México: UNAM.
- Castañeda, G. (2006). Cronicidad y degeneración en neurología. *Gaceta Médica Mexicana*. 142 (2): 163-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v142n2/v142n2a18.pdf>
- Clarke, D. y Currie, K., (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia, Suplemento* 190(7): S54-S60. Recuperado de: <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/7/depression-anxiety-and-their-relationship-chronic-diseases-review-epidemiology>
- Cobos P., y Gavino, A. (2006). Técnicas basadas en la información. En A. Gavino (coordinadora). *Técnicas de terapia de conducta*. Cap. 2, págs. 13-21. Madrid: Pirámide.
- Córdova-Villalobos, J., Barriguete-Meléndez, J., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., León-May, M. y Aguilar-Salinas, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States. Prevention of chronic illness*. Vol. I. Massachusetts: Harvard University Press.
- De los Ríos, J., Barrios, P. y Ávila, T. (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 42(5): 379-385.

- Diccionario Médico (2001). Barcelona: Masson.
- García, H., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L y Reynoso, E. L. (2009). Estilos de Vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: Un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*, 19(1): 141-149.
- García-Viniegras, C. y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf>
- Gómez, B. (2011). Introducción al Tema Especial: Contribuciones de la psicología clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), pp. 197-200. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826001>
- González, J. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1): 7-11. Recuperado de <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1983-LA-VALORACION-DE-SUCESOS-VITALES-ADAPTACION-ESPA%C3%91OLA-DE-LA-ESCALA-DE-HOLMES-Y-RAHE.pdf>
- González, N., Tinoco, A. y Benhumea, L. (2011). Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. *Espacios Públicos*, (14)32: 258-279. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>
- Grau, A., Suner, R., Abuli, P. y Comas, P. (2003). Anxiety and depression levels in medical inpatients and their relation to the severity of illness. *Medicina Clínica Barcelona*, 120(10): 370-375. Resumen recuperado de la base de datos PubMed.
- Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4(2), 137-149. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com.pbidi.unam.mx:8080/doi/10.1348/135910799168533/pdf>
- Holman, H. y Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320, 526-527, doi: <http://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.320.7234.526>
- Ivarsson, B., Kimblad, P., Sjoberg, T. y Larsson, S. (2002). Patients reactions to cancelled or postponed Heart operations. *Journal of Nursing Management*, 10(2): 75-81, doi: <http://dx.doi.org/10.1046%2Fj.0966-0429.2001.00293.x>
- IMSS (2012). Anexo G. Elementos Principales y Estadísticas Relevantes del Régimen de Jubilaciones y Pensiones. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/Documents/20112012/AnexoG.pdf>
- Isla, P. (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*, 4(7-8): 187-194. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf
- Joyce-Moniz, L. y Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud*. México: Manual Moderno.
- Keles, H., Ekici, A., Ekici, M, Bulcun, E., y Altinkaya, V. (2007). Effect of chronic diseases and associated psychological distress on health-related quality of life. *Internal Medicine Journal*, 37(2): 6-11, doi: <http://www.dx.doi.org/10.1111%2Fj.1445-5994.2006.01215.x>

- Kelly, B. y Turner, J. (2009). Depression in advanced physical illness: diagnostic and treatment issues. *Medical Journal of Australia*, 190(7): S90-S93. Recuperado de <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/7/depression-advanced-physical-illness-diagnostic-and-treatment-issues>
- Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: Una perspectiva canadiense. En OPS (ed). *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 557: 3-5. Recuperado de http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_3_317.pdf
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4): 488-499. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect in cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173486>
- Love, A., Kissane, D., Bloch, S. y Clarke, M. (2002). Diagnosis efficiency of Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2): 246-250, doi: <http://dx.doi.org/10.1046%2Fj.1440-1614.2002.01014.x>
- Marsiglia, I. (2001). Ansiedad y depresión en la práctica de la medicina interna. *Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad, Revista Electrónica*, 17(3), Caracas, Venezuela.
- Matarazzo, J.D., Weiss, S.M., Herd, J.A., Miller, N.E. y Weiss, S.M. (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.
- Montes, J., Casariego, E., de Toro, M., y Mosquera E. (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clínica*. 73(1): S7-S14. Recuperado de <http://www.galiciaclinica.info/PDF/17/306.pdf>
- Morrison, V., y Bennet, P., (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- OMS (2006). Trabajar en pro de la salud. Recuperado de http://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. y Buckley, J. (1996). Rols of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194.
- Prochaska, T. R., Keller, M. L., Leventhal, E. A. y Leventhal, H. (1987). Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. *Health Psychology*, 6(6), 495-514.
- Power, P. W. y Dell, A. (2004). *Families living with chronic illness and disability. Interventions, challenges, and opportunities*. Springer Verlag: New York.
- Puentes-Rosas, E., Sesma, S. y Gómez-Dantés, O. (2005). Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Pública de México*. 47(1): S22-S26. Recuperado de http://bvs.insp.mx/resp/_files/File/2005/ESTIMACION.pdf
- Real Academia Española (2001). Diccionario de la Lengua Española. 22ª edición. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=degenerativo>
- Reyes E.R. (2007, 30 de julio). El cuidado del paciente psiquiátrico. *Salud/Milenio*, 64, 8-9.

- Reyes, A. G., Garrido, A., Torres, L. E., y Ortega, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1): 111-117. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1-Adriana-Guadalupe-Reyes-Luna.pdf>
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rymaszewska, J., Kiejna, A. y Hadrys, T. (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*, 18(4):155-160, doi: <http://www.dx.doi.org/10.1016%2FS0924-9338%2803%2900052-X>
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2006-2012*. México: Secretaria de Salud. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
- Slaikue, K., (1996). *Intervención en crisis, manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. 6a ed. México: McGraw-Hill.
- Turner, J. y Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2): 124-128, doi: <http://www.dx.doi.org/10.1136%2Fewjm.172.2.124>
- Velasco, M., y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas (I)* 2: 125-137. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982005000200002&script=sci_arttext
- White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization (1947). Constitution of the World Health Organization. *Chronicle of WHO*. 1(1). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

CAPÍTULO 4

Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente

Ana Leticia Becerra Gálvez y Leonardo Reynoso-Erazo

Introducción

El terapeuta especialista en medicina conductual desarrolla su labor predominantemente en el ámbito hospitalario. En este contexto se enfrenta con situaciones que suponen el ejercicio eficaz de habilidades y conocimientos propios de esta disciplina en un tiempo reducido y que produzcan resultados óptimos, sin embargo, muy pocas veces se habla de cómo su propio actuar influye durante la ejecución de sus intervenciones con el paciente y lo que es más: de los errores y omisiones que comete durante dicha interacción. Por este motivo, el terapeuta especialista en Medicina Conductual es formado en el marco de la práctica supervisada con el objetivo de mejorar no sólo los conocimientos de evaluación e intervención, sino también sus habilidades relacionales en un marco ético (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011). El objetivo de este capítulo es dar a conocer al lector la funcionalidad que tiene el terapeuta en la interacción con el paciente, proporcionando un panorama general de las características, conocimientos y habilidades que debe tener el médico conductual y analizar por medio de ejemplos, casos y recomendaciones la forma de actuar diaria durante su estancia en el hospital.

Conocimientos que debe tener el terapeuta en medicina conductual

*“Saber lo que hay que hacer
no es igual a saber cómo hacerlo”*

Los cimientos de una buena intervención psicológica se encuentran repartidos entre conocimientos acerca de las estrategias y habilidades comunicativas. ¿Qué conocimientos debe tener el terapeuta especialista en medicina conductual?

Pues bien: los psicólogos conductuales que desempeñan su profesión en contextos hospitalarios, realizan actividades encaminadas a la adquisición, eliminación y modificación de comportamientos en áreas de incidencia como: la prevención de enfermedades, cambios en el estilo de vida, atención de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y rehabilitación de los pacientes (Reynoso y Seligson, 2005). Para poder llevar a cabo esas acciones es indispensable que el especialista en medicina conductual posea conocimiento de temas relacionados a (Ramírez, 2011):

- Principios de aprendizaje (ya sean por condicionamiento o por imitación), los cuales hablan del origen de los problemas de salud de los pacientes hospitalizados.
- La elaboración de un análisis funcional de la conducta que sirva como marco de referencia para cambiar uno o varios comportamientos desadaptativos en el paciente.
- La definición de objetivos de tratamiento que descansen en el problema del paciente y no de un diagnóstico que carezca de análisis y lógica.
- La aplicación de técnicas conductuales (de primera, segunda y tercera generación).

Por lo general, los psicólogos especialistas en medicina conductual desarrollan sus acciones de manera conjunta con médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud, por lo que, también deben adquirir conocimientos de dichas disciplinas, no con el objetivo de ser expertos, sino con el propósito de comunicarse y así conocer e identificar más allá de las variables psicológicas de intervención.

Se ha observado al paso de los años que no basta con los conocimientos de los procedimientos de evaluación y tratamiento para concluir que se llega al éxito de una intervención psicológica. Se necesita de la adquisición y ejercicio de habilidades en la práctica supervisada por expertos (Reynoso, Bravo, Anguiano y Mora, 2012) y el apego a principios éticos básicos (Pasmanik, Jadue y Winkler, 2012), que no pongan en riesgo el bienestar de los pacientes, ya que ellos son el pilar y razón de ser de cualquier profesionalista de la salud.

Habilidades comunicativas del terapeuta especialista en medicina conductual

El especialista en medicina conductual debe realizar el interrogatorio y la intervención considerando el comportamiento del paciente, necesita entender cómo aprende y qué genera sus conductas bajo ciertas situaciones. La observación sistemática durante la entrevista es importante, pues aunque el terapeuta domine todos los libros especializados no necesariamente asegura sus habilidades. Para Morgeny y Cogger (1975) existen cuatro habilidades principales que debe poseer un buen entrevistador y terapeuta para establecer contacto con el paciente en aras de formar una alianza con él. Dichas habilidades son: sociales, de la comunicación, analíticas e interpretativas y de toma de decisión (Figura 4.1).

Este conjunto de habilidades son aquellas que mínimamente debe poseer el terapeuta en Medicina Conductual pero para los fines de este capítulo sólo se ahondará en las que se relacionan con la comunicación.

Habilidades Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Tienen que ver con el arte de “cómo ganar amigos y cómo influir en las personas” • Se relacionan con la expresión de emociones y sentimientos básicos de un individuo acorde a las circunstancias, demandas ambientales y situaciones • Incluyen comportamientos de asertividad y un adecuado control de las respuestas de ansiedad del terapeuta (Wolpe y Lazarus, 1966) • Responden ante las demandas del contexto de interacción interpersonal y social
Habilidades de la Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> • Las habilidades comunicativas comprenden el procesamiento de la información al otro individuo (es decir, no sólo hablar por hablar o contestar por contestar) • Transmiten con claridad el mensaje sin alterar la funcionalidad que debe tener en la otra persona • Incluyen la congruencia entre los productos verbales y las conductas no verbales (Piaget, 1972) • Se manifiestan en situaciones de interacción social y son determinadas por el contexto • Son cruciales para el entrevistador ya que la entrevista misma es una interacción
Habilidades Analíticas e Interpretativas
<ul style="list-style-type: none"> • Comprenden la adquisición de datos relevantes relacionados al problema referido por el paciente (obtención de datos clínicamente significativos) (Ferro, Valero y López, 2009) • Dan sentido a la información obtenida en una entrevista o interrogatorio • Permiten que la información sea tratada de forma sistemática y lógica • Permiten la generación de hipótesis, la evaluación de tratamientos y la evaluación del éxito del tratamiento (Herrera et al., 2009)

Habilidades de toma de decisión
<ul style="list-style-type: none"> • Permiten estar alerta de todos los factores, incluso los más sutiles, para no dejarse llevar por estereotipos y no forzar una decisión apresuradamente aunque la entrevista o la intervención sean breves (Morgeny y Cogger, 1975)

Figura 4.1. Habilidades básicas del terapeuta

La estrategia de interacción comunicativa más utilizada por el psicólogo es la entrevista, la cual constituye la recolección de datos y permite la formulación de la hipótesis diagnóstica. Para que se lleve a cabo una correcta entrevista es pertinente considerar las siguientes recomendaciones (Markides, 2011; Morgeny y Cogger, 1975; Pons, 2006; Rodríguez y Mira, 2006):

1. Escuchar cuidadosamente al paciente.
2. Observar e identificar los componentes no verbales del paciente.
3. No debe obsesionarse con los componentes no verbales del paciente, ni pretender ser adivino del problema sólo a través de la observación de dichos componentes.
4. Dejar hablar al paciente y no interrumpirlo, sólo cuando se pierda el hilo de la información o cuando el paciente divague de forma exagerada.
5. Antes de responder, asegurarse de entender lo que el paciente está diciendo.
6. Asegurarse de que el paciente entienda su lenguaje. No usando tecnicismos pero tampoco abusando del lenguaje coloquial.
7. Verificar si el paciente ha comprendido realmente aquello que se le dice.
8. Verificar si el comportamiento manifestado por el paciente se debe a algún trastorno psicológico, a algún problema de origen biológico, síntomas de abstinencia o efectos secundarios del medicamento.

9. Por un momento posicionarse desde la perspectiva del paciente y no desde la propia, intentando comprender que las circunstancias de cada persona son condicionantes en su comportamiento.
10. Evitar juicios de valor. Por ejemplo:

Situación
El paciente diabético ha olvidado tomar su medicamento como lo indicó el médico, por lo que sus niveles de glucosa están elevados.
Frase que deja ver un juicio de valor por parte del terapeuta: “Dejaste de tomar el medicamento durante tres días y como consecuencia tus niveles de azúcar están por las nubes... Si quieres morirte, es mejor que no vengas al hospital.”
Análisis de esta frase
Esta frase es genérica, además de manera injusta se califica al paciente como irresponsable y no colaborador en lo que respecta a su diabetes. Puede hacerle creer que el resultado de sus acciones lo llevará a un resultado irresoluble y negativo.

11. Al responder los cuestionamientos, identificar los antecedentes del contenido procurando no contestar de manera tal que se favorezcan cogniciones, emociones o comportamientos negativos o equivocados, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Situación
<p>Médico:</p> <p>”Sra. Carmen: me es muy triste comunicarle que los seis ciclos de quimioterapia a la cual se sometió no dieron el resultado que esperábamos y por desgracia el tumor se ha tornado más agresivo, ya no podemos hacer más por usted, ahora solo vigilarémos su estado de salud y daremos tratamiento para el dolor... La dejo con la psicóloga para que hable con usted...”</p>

Dilema
<p>Psicóloga: <i>“Sra. Carmen: sin duda la información que le ha dado el médico es algo que no esperaba y me gustaría saber si tiene alguna duda.”</i> <i>“Sra. Carmen: Creo que ya no me va a dar más quimio, es que no sé... o sea... ¿Qué todo lo que me hicieron no sirvió para nada? (La paciente comienza a llorar). ¡Dígame la verdad! ¿Me voy a morir?”</i></p>
Posibles Respuestas Alternativas
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>“No piense así señora Carmen ¡Usted no se va a morir! todavía tiene muchas cosas que hacer; es usted una luchadora admirable”</i> (Esta respuesta favorece cogniciones positivas, pero sobre todo induce falsas expectativas en la paciente). 2. <i>“Señora Carmen, lo que sí es seguro es que todos nos vamos a morir en algún momento y quizás su tiempo ha llegado. ¡Dios lo ha querido así!”</i> (La respuesta favorece la creencia de que, en efecto, la paciente morirá, pero además puede hacer creerle que esto ocurrirá en el inmediato plazo. Favorece el locus de control externo pues primero dependía de los médicos y ahora de Dios). 3. <i>“Señora Carmen, me imagino el impacto que esta noticia ha generado en usted, sólo puedo decirle que ha hecho un buen trabajo y como equipo de salud es nuestro deber proporcionar información clara y específica de los pasos que siguen en su caso, por ahora usted está muy alterada y es comprensible, ¿Le gustaría compartirme cómo se siente?... Me gustaría asegurarme de que estará bien ¿Viene usted acompañada?... ¿Le gustaría que en otro momento el médico y su servidora resolviéramos sus dudas?”</i> <i>“Mi nombre es.... Me puede localizar en...”</i> (La psicóloga da sus datos por escrito). (En esta respuesta la psicóloga se muestra empática con la paciente, se asegura de no descalificar los esfuerzos de la paciente sobre su tratamiento y no pasa por alto sus emociones, además proporciona sus datos a la paciente para dar un seguimiento del caso).

12. Examinar los hechos como los relata el paciente buscando siempre encontrar la certeza de dichos hechos con otras fuentes de información (médicos, enfermeras, cuidadores, familiares, etc.).
Ejemplo:

Situación
<p>Durante la entrevista de seguimiento, el psicólogo pregunta a Don José acerca de sus redes de apoyo social... Don José: <i>“No, si le digo que bien dice el dicho “a la familia y a los amigos se les conoce en la desgracia” y míreme: yo aquí muriéndome y mi familia que no viene a verme ¡No les importo!”</i></p>
Dilema
<p>¿Qué tendría que hacer el psicólogo para asegurarse de que lo que dice el paciente es verdad? ¿Será que en efecto la familia de Don José lo abandonó? ¿Será sólo la percepción de Don José?</p>
Resolución
<p>Psicólogo: <i>“¿Por qué piensa así?”</i> Don José: <i>“Pues porque mis hermanos no han venido a verme y ya llevo dos días aquí.”</i> Psicólogo: <i>“Bueno, pero la jefa de enfermeras me dice que su hija y su esposa han estado muy al pendiente de su salud y, si me permite decirlo, eso deja ver que lo quieren mucho...”</i> Don José: <i>“Bueno, ellas sí han venido a verme y me atienden bien...”</i> Psicólogo: <i>“¿Se da cuenta? Su esposa e hija están haciendo cosas por usted o para usted, lo vienen a ver diario, están al pendiente de sus necesidades. Lo quieren.”</i> Don José: <i>“Creo que estoy exagerando, ¿verdad?”</i> Psicólogo: <i>“Yo creo, Don José, que debemos preguntar a su esposa si ya ha enterado al resto de la familia de su estado de salud y sobre todo hay que considerar que sus familiares viven en provincia y el hospital queda lejos para ellos. ¿No cree?”</i></p>

13. Procurar no cometer errores al momento del diagnóstico sobrediagnosticando las dificultades de interacción verbal del paciente.
14. Elaborar un análisis funcional del comportamiento que sea integral.
15. Conocer y aplicar las técnicas cognitivo-conductuales posterior al análisis funcional de la conducta, como se muestra en el ejemplo:

Situación
<p>Don Javier se encuentra en su tercera sesión con la psicóloga, pues ha tenido problemas para seguir un régimen alimentario adecuado para la diabetes. En esta sesión la psicóloga se dispone a explicarle el análisis funcional de éste y otros comportamientos problema que fueron identificados.</p> <p>Psicóloga: <i>“A lo largo de este tiempo pudimos identificar juntos las situaciones que favorecen que usted no se apegue a su dieta; por ejemplo, usted me comenta que cuando se encuentra solo en su casa come alimentos ricos en azúcar para no sentirse triste, y cuando asiste a reuniones de la familia (las cuales son todos los domingos) no puede resistirse y entonces “rompe la dieta.” Además de que usted tiene la idea que “si de todas maneras se va a morir, por lo menos que muera feliz comiendo lo que le gusta” por lo que entonces yo propongo que nuestros objetivos serán... Y las técnicas que utilizaremos son...”</i></p>
Dilema
<p>Cuál es el verdadero problema de Don Javier? ¿Sus sentimientos de tristeza que generan la ingesta de azúcar? ¿Su déficit para autocontrolar su impulso por comer azúcar? ¿Su déficit en asertividad para decir “no” ante las invitaciones de sus familiares cuando ofrecen los antojitos que no puede comer? ¿Su creencia de que si finalmente morirá “por qué no comer todo lo que se le antoja”?</p>

16. Manejar un modelo teórico centrado en los problemas comportamentales reales del paciente, para así elegir las técnicas de forma coherente y congruente a la situación. Aplicar las técnicas cognitivo conductuales considerando la funcionalidad de los comportamientos y no como si éstas fueran “recetas de cocina” recordando que se pretende educar al paciente y no tratar una enfermedad (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2001). A veces tratar al paciente en base a un diagnóstico provoca que el terapeuta aplique alguna técnica conocida sin saber si en efecto funcionará para la problemática del paciente.

Por ejemplo, si el paciente muestra sintomatología grave de depresión se podría considerar el uso de la Terapia Cognitiva de Beck, pero la pregunta sería ¿tiene las habilidades para identificar y modificar los pensamientos disfuncionales?, ¿Son las cogniciones del paciente la verdadera fuente del problema? ¿Es prudente aplicar esta técnica sólo porque es la más utilizada en pacientes con depresión?

17. Planear y razonar lo que se va a responder al paciente ya sea en ese momento o en sesiones o intervenciones breves posteriores.

Hasta ahora se ha dejado claro todo lo que el terapeuta en medicina conductual tiene que saber y hacer, pero también hay otros elementos que se conjugan e intervienen en la interacción de este terapeuta con su paciente. A continuación se describen cada uno de estos elementos y se proporcionan sugerencias para tener un mejor control de la situación y del contexto.

Elementos que intervienen en la relación terapeuta- paciente

Características del terapeuta

Las características físicas, la edad y la actitud del terapeuta pueden ser fundamentales en el establecimiento de la relación con el paciente. A continuación se analizarán cada una de ellas:

Edad

Es muy común que los residentes en Medicina Conductual ingresen al programa muy jóvenes. La edad promedio de estos terapeutas oscila entre los 23-30 años de edad, elemento que genera admiración por parte de los pacientes ya que “*son muy jóvenes para ayudarlos,*” pero también en algunas ocasiones la edad del terapeuta genera desconfianza en el paciente, y es que es muy frecuente escuchar frases como “*tú que vas a saber de la vida si eres muy joven,*” “*prefero que me ayude un psicólogo con más experiencia.*”

RECOMENDACIONES

- Una manera en la que el terapeuta puede resolver esta situación es explicarle al paciente que cuenta con la licencia para ejercer la psicología en el contexto hospitalario y que de ninguna manera debe ser observado como “alguien sin experiencia”.
- Otra recomendación para hacer ver al paciente su experticia es comentarle que no es la única persona joven en el hospital, ya que incluso los médicos especialistas son jóvenes como él, todos saben lo que hacen, de otra manera el hospital no permitiría sus intervenciones.

Sexo

Este es un elemento importante ya que puede generar confianza o desconfianza en el paciente, puede facilitar o impedir la expresión de emociones importantes pero sobre todo de información íntima de su vida. De igual manera puede que el terapeuta no se sienta cómodo al intervenir en pacientes del sexo opuesto. Observe los siguientes ejemplos:

Situación
Un terapeuta del sexo masculino interroga a una paciente en relación con sus prácticas sexuales (él desconoce que la paciente tiene problemas de dispareunia):

Psicólogo: *Y dígame Doña Socorro: ¿Tiene pareja? ¿Cómo se lleva con él?*

Sra. Socorro: *Sí, tengo marido y pues nos llevamos bien dentro de lo que cabe. Somos como la mayoría de las parejas.*

P: *¿Actualmente tiene relaciones sexuales con él?*

Sra. Socorro: *(Se muestra apenada y baja la cabeza). Pues... A veces, cuando él me lo pide.*

Psicólogo: *¿Sólo cuando él se lo pide? ¿Eso por qué?*

Posibles Respuestas de la Paciente

Es probable que la paciente omita o comente parcialmente la información, pues “*¿Cómo le va a contar esas cosas tan vergonzosas?*” La información relacionada a su vida sexual, problemas de disfunción sexual físicos (dolor, irritación, sangrado), la funcionalidad como mujer y esposa o los cambios en su vida de pareja también puede ser referida de forma parcial o ser omitida por temor a la crítica por parte del terapeuta. “*Como hombre seguro no me entenderá.*”

Situación

Un terapeuta del sexo femenino ha dado seguimiento al caso de Don Raúl. A lo largo de las sesiones el paciente se ha mostrado muy amable con la psicóloga y en muestra de agradecimiento le ha otorgado pequeños regalos. Pero en una sesión...
Sr. Raúl: *¡Ay doctorcita! No sabe qué agradecido estoy con usted por ayudarme a controlar mi hipertensión (mientras le toma la mano a manera de despedida).*

Terapeuta: *El cambio que ha logrado a lo largo de este tiempo es gracias a su esfuerzo, justo por esa razón pasaremos de las sesiones semanales a las sesiones mensuales.*

Sr. Raúl: *Oiga doctorcita: y ahora que ya no sea su paciente, ¿será que podamos ser amigos? Y si todo va bien, quizás algo más. Es que, la verdad, usted siempre me ha parecido atractiva y es hasta ahora que me atrevo a decirlo.*

Dilema
<p>¿Qué debe hacer el terapeuta ante esta situación? ¿Cuáles pudieron ser los indicadores en el comportamiento del paciente, que señalaran sus intenciones afectivas? Bajo las condicionalidades éticas: ¿Qué debe hacer el terapeuta? ¿Cómo se pueden evitar este tipo de situaciones?</p>
Recomendaciones
<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta debe indicar desde la primera sesión los derechos y obligaciones que tiene como profesional de la salud, así como también los derechos y obligaciones del paciente. • Indicar que el proceso terapéutico está encaminado a resolver una problemática en un espacio de confianza, mas no tiene como objetivo que el paciente tenga un nuevo amigo. • El terapeuta tiene que dirigir su comportamiento apegado a las normas éticas de la profesión por lo que debe indicar ante una situación como la del ejemplo que NO puede tener una relación más allá de la ya establecida como psicólogo y por lo tanto debe referir el caso a otro especialista.

La mayoría de las veces el programa de la maestría en Medicina Conductual procura que en los servicios o clínicas donde se interviene tenga residentes de ambos sexos, por lo que si el terapeuta se percata de que su sexo está interfiriendo en su relación con el paciente debe ofrecer a éste la posibilidad de recibir apoyo de un terapeuta de su mismo sexo. Por otro lado el terapeuta tiene la obligación ética de indicar al paciente que, si en algún momento de la terapia alguna de las partes no se siente cómoda tiene derecho a solicitar un cambio, de esta manera se evitará caer en una falta ética mayor.

Actitud

Se espera que el terapeuta sea cordial y amigable en su forma de ser, pero fríamente analítico y objetivo

en sus intervenciones. Rodríguez y Mira (2006) consideran que el trato humano, la empatía mostrada, la información comprensible que aporta, el tiempo que dedican a la relación con el enfermo y la apertura que dan al paciente para que se exprese, son algunos comportamientos que reflejan una “buena actitud” por parte del profesional de la salud, por lo tanto no se espera menos del especialista en medicina conductual. Sin embargo, se tienen que considerar todos aquellos aspectos que ponen en riesgo la supuesta neutralidad científica del terapeuta como sus compromisos, valores y creencias sobre la vida, el sexo, los pacientes, Dios y la muerte, pues pueden interferir o limitar la relación con los pacientes.

Necesidades personales del terapeuta

El terapeuta debe conocer sus propias necesidades y ser realista en relación a las demandas que le plantea su vida personal. Las emociones y problemas personales pueden presentarse en muchas ocasiones, pero de no ser controlados adecuadamente durante la entrevista y la intervención pueden provocar efectos adversos en la ejecución. La evaluación puede verse distorsionada debido a su emotividad sobre ciertos casos ya que puede identificarse con las características, necesidades y problemáticas del paciente (Flanagan y Liberman, 1985).

El terapeuta debe tener control de sus modulaciones emocionales y de la interacción que se desarrolla, mantener un nivel apropiado de intensidad y calidad, ya que las asociaciones y los sentimientos aprendidos por un terapeuta en otras interacciones pueden contaminar la entrevista y producir desagrado o agrado para ambas partes (Morgeny y Cogger, 1975).

No deben dejarse de lado las necesidades físico-biológicas del terapeuta sobre todo cuando tiene una gran carga de trabajo, por ejemplo: el terapeuta puede no haber desayunado por sus múltiples intervenciones en el día y justo en el momento en que se dispone a tomar un refrigerio es solicitado por el personal de salud para atender una crisis, es

probable que la sensación de hambre interfiera con la interacción con ese paciente, de tal suerte que la atención y concentración del terapeuta se encuentren disminuidas ante esa situación, eso sin contar que puede minimizar las expresiones del paciente y acelerar la intervención para poder cumplir el cometido de alimentarse.

Otro ejemplo puede ser cuando el terapeuta está padeciendo las molestias de una dispepsia y se encuentra indispuerto e hipervigilante de no tener ante el paciente una situación vergonzosa que lo exponga a la crítica.

En resumen, el terapeuta “completo” no sólo debe tener conocimientos y habilidades apropiadas, conocer las demandas del contexto hospitalario, ser sensible a sus necesidades personales y entender la naturaleza del problema del paciente que atiende, sino que también debe conocer sus propias limitaciones, es decir, reconocer cuando no puede abordar o tratar el problema de su paciente (un terapeuta especialista en medicina conductual debe aceptar cuando no puede intervenir con el enfermo y canalizar con otro especialista, en este caso con el psiquiatra).

En cierto grado un terapeuta en la entrevista puede ofrecer consejo u orientación después de una entrevista de evaluación, sin embargo debe referir a la persona o instancia correcta para tratar ciertos temas, por ejemplo: si un paciente quiere saber de la progresión de su padecimiento o la respuesta que está presentando ante el tratamiento se refiere al médico y si por el contrario tiene problemas con el pago de su hospitalización entonces se solicita el apoyo del servicio de trabajo social. Realizar dichos comportamientos significa justamente hacer multidisciplina.

Características del contexto hospitalario

Las condiciones estructurales y de organización del hospital no siempre favorecen el trato personal y la consecución de una interacción satisfactoria con el paciente, además se escapan del control directo del propio terapeuta. Quizás para el terapeuta el hospital sea un lugar habitual y rutinario en donde ejerce su

profesión, pero para el paciente puede ser un lugar incómodo o desagradable al cual sólo acude por dos razones: porque está enfermo o porque está de visita de un conocido enfermo (Urbina, 2004).

Si el paciente se encuentra hospitalizado se enfrenta ante un contexto despersonalizador, en el que se le despoja de su ropa, de sus ritmos cotidianos de alimentación y de sueño, un lugar donde recibe órdenes hasta de la persona que hace el aseo. Si algún familiar visita al paciente, se somete a procedimientos burocráticos tardados, es víctima de la desinformación y de los malos entendidos con el personal de salud, sea cual sea el caso las reacciones emocionales son intensas, desagradables y frecuentes (Pons, 2006). Aunado a esto, la carencia de espacios establecidos para proporcionar apoyo psicológico es una situación común y en el mejor de los casos intervenir en pleno pasillo exponiendo la intimidad de los pacientes es la mejor opción. Por desgracia la carencia de espacios es un problema común para los residentes en medicina conductual, situación que puede interferir sin lugar a dudas en el establecimiento de la relación terapeuta-paciente.

Demandas del hospital y del personal de salud

Las demandas por parte de la institución de salud y del personal que labora en ella pueden ser tan frecuentes como intensas que el terapeuta suele estar bajo la presión del servicio médico al que pertenece. El gran número de pacientes hospitalizados, mas aquéllos que se encuentran en consulta externa, los que están en seguimiento y las interconsultas de otros servicios donde no hay psicólogo deben ser atendidos todos los días, lo que significa una gran carga de trabajo para los terapeutas especialistas en Medicina Conductual.

Las limitaciones de tiempo le pueden impedir la información adecuada para hacer su análisis, intervención e interpretación de cada uno de los casos que se atienden. Por otro lado, el personal de salud que ya conoce el trabajo realizado por los residentes en medicina conductual solicitan su apoyo

para el manejo psicológico de los pacientes, de sus familiares y en ocasiones de ellos mismos, lo que es un indicador del buen trabajo que se realiza en el hospital.

Como se puede observar son múltiples los factores que intervienen en el proceso comunicativo terapeuta-paciente, el contexto, las características del paciente, las características del terapeuta, la gran carga de trabajo y las demandas diarias del personal de salud intervienen en este proceso (Figura 4.2), y es por eso que el especialista en medicina conductual tiene que dirigir su comportamiento en un marco ético y profesional, para que así, se cumpla con el compromiso que adquirió con la sociedad.

Consideraciones éticas para el especialista en medicina conductual

Ofrecer al paciente un trato empático y de calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión, sino que además resulta de gran utilidad para diseñar de mejor manera la evaluación e intervención psicológica, pues estarán en dirección a las necesidades reales del paciente.

Como todo en la sociedad, un individuo tiene derechos y obligaciones las cuales se tienen que respetar para tener un adecuado rol en las prácticas socialmente organizadas. Los especialistas en la medicina conductual, se pueden enfrentar a un sin número de situaciones que de no ser manejadas con ética y profesionalismo pueden causar problemas

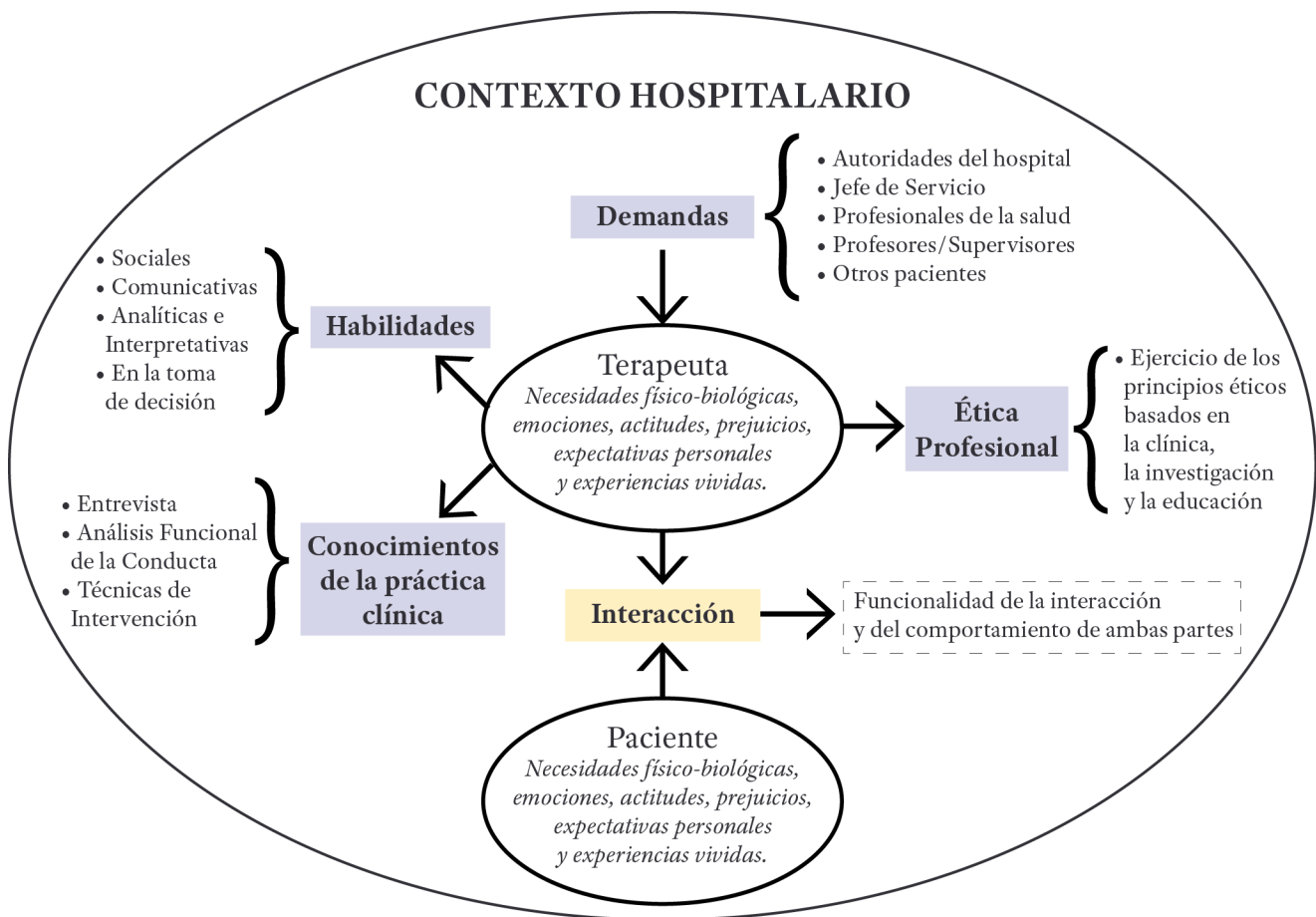


Figura 4.2. Elementos que intervienen en la relación terapeuta-paciente.

graves (Flanagan y Liberman, 1985). Los problemas éticos que enfrentan los terapeutas conductuales provienen en parte de las restricciones del contexto donde se llevan a cabo las intervenciones (en este caso el hospital) y la naturaleza y función del padecimiento físico o psicológico (como por ejemplo la capacidad del paciente para tomar decisiones).

En el caso de la terapia psicológica enfocada a la modificación conductual, los terapeutas tienen la obligación ética de respetar la dignidad de su paciente independientemente de su raza, cultura, idioma, discapacidad mental, nivel socioeconómico, orientación sexual, edad y nacionalidad.

Un ejemplo de incumplimiento de este principio básico puede presentarse cuando el terapeuta que trabaja con personas que padecen VIH-Sida se deje vencer por los prejuicios relacionados con esta enfermedad, además de que puede presentar comportamientos discriminatorios para con pacientes homosexuales. Para evitar cometer una falta ética por discriminación es preciso solicitar apoyo por un terapeuta más capacitado o alguien que no tenga prejuicios para con estos pacientes.

Otro principio básico que rige el comportamiento de los psicólogos es cuidar responsablemente el bienestar del paciente por lo que los terapeutas especialistas en medicina conductual deben desempeñar sus actividades con responsabilidad y emplear métodos que amplíen los beneficios. Los métodos de intervención utilizados deben ser bien conocidos y manejados por el terapeuta (identificando el efecto que tienen sus acciones, interpretaciones y recomendaciones), si el método produce daño, corregirlo y permitir que sea el paciente quien decida y no él (Berger, 1985).

En muchas ocasiones por la premura de las intervenciones psicológicas en el contexto hospitalario, las acciones o recomendaciones del terapeuta dañan la determinación o autoeficacia percibida en el paciente, provocan miedo (por ejemplo la manera en cómo se proporciona información de la enfermedad o el tratamiento) o por el contrario provocan descon-

fianza por la poca formalidad que tienen las intervenciones (ya que algunas de éstas se llevan a cabo en el pasillo o en la sala de espera a la vista de otros pacientes). La aplicación de técnicas psicológicas pueden también provocar daño en el paciente, por lo que, los métodos utilizados deben estar bien dominados por el terapeuta o de lo contrario debe solicitar guía, pues “los pacientes no están para experimentar, sino para ayudarlos pensando en su beneficio físico y psicológico” (Berger, 1985, pág. 92).

La integridad en las relaciones que el terapeuta establece con los pacientes es otro eje central de la ética, ya que de ninguna manera debe engañar, sesgar la información o los resultados y lo que es más, no se debe llevar más allá la relación terapeuta-paciente, es decir, no se debe cortejar al paciente, ni mucho menos seducirlo ante su vulnerabilidad para obtener a partir de ello un beneficio sexual propio (Código Ético del Psicólogo, 2007). El psicólogo debe buscar aumentar el conocimiento de su disciplina y promover el bienestar de la humanidad en todo momento (Ortiz, 2004).

Funcionalidad del comportamiento terapéutico en la interacción con el paciente

Uno de los temas que frecuentemente se dejan de lado cuando se estudia el proceso terapéutico y la relación que el psicólogo clínico establece con el paciente, es el uso del lenguaje y la funcionalidad psicológica que éste tiene en las interacciones durante la intervención.

Los productos verbales del paciente así como los componentes de su lenguaje no verbal (gestos, tono de voz, ademanes y en general todos los movimientos corporales) implicados en la interacción con el terapeuta son clínicamente relevantes para la identificación y análisis de las situaciones problemáticas, sin embargo, no se debe dejar de lado el comportamiento del terapeuta (Follete, Naugle y Callaghan, 1996; Virués, 2004).

El terapeuta conjuga en su interacción con el paciente una serie de comportamientos verbales y

no verbales que pueden tener una funcionalidad en la respuesta del paciente, pues este último opera en virtud de la información y la intervención psicológica que proporciona el especialista (Froján, 2011).

La interacción entre estas dos personas puede entonces funcionar como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta con su comportamiento moldea gradualmente bajo la situación clínica las conductas del paciente (Froján et al., 2008). El reforzamiento desempeña un papel esencial en el establecimiento, mantenimiento o extinción de conductas, ya que:

1) Si el terapeuta refuerza al paciente con un comentario favorable cuando muestra un cierto tipo de comportamiento esto aumentará la probabilidad de ocurrencia de dicho evento como lo muestra el siguiente ejemplo:

Situación
El doctor de la señora Daniela le ha recomendado bajar de peso, por lo que ha sugerido reducir la ingesta de alimentos ricos en grasa y realizar actividad física por lo menos 30 minutos diarios. Su terapeuta ha implementado un programa de activación conductual y autocontrol para así evitar la ingesta de comida “chatarra” por parte de la paciente. En la tercera sesión psicológica la paciente refiere (Sra. Daniela): <i>Seguir el programa de ejercicio me ha costado un poco de trabajo, además todo el cuerpo me duele por tanto ejercicio y de la dieta ni hablamos...</i>
Análisis del Discurso de la Paciente
<i>Seguir el programa de ejercicio me ha costado un poco de trabajo, además todo el cuerpo me duele por tanto ejercicio y de la dieta ni hablamos...</i> En esta frase la paciente deja ver tres cosas: 1. A pesar de que sabe que el ejercicio es un beneficio para su salud, el costo de respuesta en el inmediato y corto plazo es alto para ella debido al dolor físico y la dificultad para dejar de comer alimentos “prohibidos.”

2. Tiene una idea generalizada de la consecuencia (dolor físico) al decir que todo el cuerpo le duele.
3. El terapeuta debe hablar en su momento de la dieta, ya que al ser una temática evitada por la paciente habla de las consecuencias que le provoca la restricción en su ingesta.

Verbalizaciones reforzantes por el terapeuta

Terapeuta: *Es natural que en los primeros días se sienta dolor en algunas partes del cuerpo, sin embargo, con el paso del tiempo se desvanecerán. Por otra parte es valioso el esfuerzo que está haciendo y por ello la felicito.* (Refuerzo verbal ante el intento).

Terapeuta: *Sra. Daniela, a lo largo de las sesiones me he percatado de que es muy disciplinada en sus ejercicios y en su dieta, eso me da mucho gusto. Su trabajo es excelente.* (Refuerzo ante la ejecución de conductas deseadas).

Terapeuta: *La felicito Sra. Daniela, su trabajo ha dejado grandes frutos ya que gracias a su comportamiento ha bajado usted 4 kilos en este mes* (Refuerzo ante la ejecución de conductas deseadas y los resultados).

2) Si el terapeuta se comporta irónico o desatento ante lo que dice o hace el paciente es probable que dicha conducta se extinga en el tiempo si se hace con frecuencia (retiro de un probable reforzador positivo).

Para que el terapeuta pueda moldear el comportamiento del paciente necesita darse cuenta de los hábitos y actitudes frecuentemente reforzadas en su historia de condicionalidad para así identificar cuáles son susceptibles de cambio durante la interacción entre ambos (Froján, Montañó y Calero, 2006). Algunas de las respuestas que se generan en el paciente puede que no estén presentes en la sesión terapéutica, pero que motivados por el comportamiento del terapeuta y por la simple interacción provoquen la presencia de cogniciones, emociones o conductas

que realizaba en el pasado, como una forma de “revivir” lo que aprendió en su historia de aprendizaje (Froján, 2011).

Aunque los pioneros de la modificación de la conducta como Skinner y Pavlov defendieron el supuesto de la continuidad de los eventos observables, la presencia de eventos privados (pensamientos, imágenes, recuerdos y sensaciones) se relacionan con la presencia de conductas explícitas, por lo tanto deben considerarse durante la evaluación de cualquier paciente, sólo así se podrá hablar de una efectividad terapéutica potencial (Mahoney, 1983). Y es que desde el enfoque cognitivo-conductual las cogniciones son también comportamientos que operan de manera encubierta, las cuales deben ser abordadas en la misma forma que la conducta manifiesta por los productos verbales mismos. Además, el hecho que sea encubierta no cambia la cualidad de la conducta y es observada por alguien (uno mismo).

Otra manera en la que puede operar el comportamiento del terapeuta en el paciente es una predicción de los comportamientos que pueden ocurrir dentro de la sesión o del mismo proceso terapéutico (por un simple condicionamiento verbal), es decir, el paciente ha identificado la emisión de un reforzador verbal el cual regula sus respuestas aunque no sus comportamientos. Durante la intervención clínica pueden presentarse muchas situaciones que pueden alterar algunos elementos secuenciales de la conducta de ambas partes cuando se presentan en el contexto hospitalario (Froján, Alpañés, Calero y Vargas, 2010).

¿Qué hace el terapeuta durante la intervención que altera las funciones de ciertos estímulos y respuestas en el paciente aún terminada la sesión?

La interacción entre el terapeuta y el paciente se puede entender como un proceso de discriminación y reforzamiento a través del cual el terapeuta, con su comportamiento va a moldear gradualmente la conducta del paciente en las diferentes situaciones de intervención (Froján et al., 2008).

Se deben entonces identificar todos aquellos elementos que participan en la aplicación de alguna técnica o procedimiento de intervención psicológica, ya que aunque se apliquen las mismas técnicas se está produciendo un cambio terapéutico que puede ejercer un efecto en el éxito de la intervención. Y es que Bandura (1969) no se equivocaba al decir que toda interacción produce un proceso de aprendizaje en el cual el modelamiento y el aprendizaje vicario ejercen cierta influencia en la conducta de un sujeto.

Específicamente hablando de la relación terapéutica se puede decir que el especialista aprende de las respuestas del paciente, de tal suerte que adquiere un dominio en la identificación de las situaciones problemas y desarrolla lo que coloquialmente llamamos “buen ojo clínico,” y dicho resultado probabiliza la aplicación de los conocimientos previos sin dejar de lado las diferencias entre pacientes. El paciente por su lado aprende a partir de las explicaciones del psicólogo, de la aplicación y ejercicio de las técnicas pero sin duda también del lenguaje no verbal observado por los principios de condicionamiento.

Algunos factores que pueden influir en la funcionalidad de la relación terapeuta-paciente son (Froján et al., 2011):

- El contenido clínico de la sesión
- La topografía de la conducta
- La técnica que se está utilizando
- La función de las verbalizaciones en las diferentes fases de la intervención
- La experticia del terapeuta

Bajo estas circunstancias, el análisis funcional de la conducta en un marco interactivo le permite al terapeuta identificar los factores que condicionan a la par de sus comportamientos el proceder del paciente y promover la realización de ciertas conductas aún fuera del contexto clínico mediante la presentación de instrucciones verbales, contratos conductuales y reglas durante la sesión.

Como se puede ver la conceptualización de la relación terapeuta-paciente enmarcada por un contexto, es ideal para la administración de contingencias de reforzamiento y castigo, no sólo en las intervenciones conductuales sino también de cualquier forma exitosa de tratamiento psicológico. La funcionalidad de la interacción terapeuta-paciente es para estos tiempos un objeto de estudio para conocer su efecto no sólo en los pacientes sino en el éxito de la terapia misma, y justo por esta razón y en aras de entender mejor este proceso se han realizado investigaciones en relación a este tema. Derivado de estas investigaciones, Froján y sus colaboradores desarrollaron en el 2008 un Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT), el cual presenta de forma precisa las funciones que tienen las frases expresas del terapeuta. Según este sistema de categorización, la conducta verbal del terapeuta puede funcionar de las siguientes formas:

Categoría	Función de la Verbalización
Función Discriminativa	Da pie a una conducta (verbal o no) que va seguida por reforzamiento o castigo.
Función Evocadora	Da lugar a una respuesta emocional que puede estar acompañada de verbalizaciones.
Función de Refuerzo	Muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el paciente.
Función de Castigo	Muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el paciente.
Función informativa	Proporciona información técnica o clínica a un paciente no experto en algún tema específico.
Función Instruccional	Fomenta la aparición de una conducta potencial fuera del contexto clínico (en este caso el hospitalario).
Función Motivacional	Anticipa los efectos positivos o negativos de la conducta del cliente.

Tabla 4.1. Sistema de Categorización de la Conducta verbal del Terapeuta (SISC-CVT).

Con el propósito de ejemplificar cada una de las funciones se exponen casos ilustrativos de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas:

Ejemplos de las Funciones del Lenguaje del Terapeuta según el SISC-CVT:

Función Discriminativa:

Terapeuta: *Sra. Leonor, por lo que me comenta el médico de su revisión mensual, usted no ha seguido del todo las recomendaciones ¿o sí?* (Función discriminativa).

Sra. Leonor: Cabeceo mostrando negativa.

Terapeuta: *Si sigue así lo único que va a conseguir es sentirse mal y deteriorarse cada día más.* (Función de castigo) *¿Cree usted que esta sea la mejor manera de vivir?* (Función discriminativa).

Sra. Leonor: *No, eso me queda claro.*

Función Evocadora:

Terapeuta: *Te encuentras internado en el hospital, cuando se acerca el médico y te comenta que tiene la sospecha de que padeces VIH* (Función evocadora de emociones negativas como miedo o tristeza), *me gustaría conocer tus impresiones si sucediera algo como esto.* (Función instruccional).

Paciente: *¡Me muero!*

Función de Refuerzo:

Sr. Roque: *Aunque al principio me costó trabajo juntar dinero para mis medicamentos y poder tomármelos como me lo indicó el doctor, ya llevo un mes sintiéndome mejor gracias a mi disciplina...*

Terapeuta: *¡Muy bien* Don Roque!* (Función de refuerzo positivo ante conducta deseada emitida). *Cuénteme cómo le hizo para lograrlo.* (Función instruccional).

* Verbalizaciones que pueden indicar el valor del refuerzo entregado contingente a la verbalización del paciente

Bien, bueno, eso es (Función de refuerzo bajo),

Muy bien, que bien, exactamente, eso está bien,

estoy de acuerdo contigo (Función de refuerzo medio),

Excelente, genial, fenomenal, perfecto,

totalmente de acuerdo (Función de refuerzo alto).

Función Informativa:

Terapeuta: *Ahora que te sabes enferma de insuficiencia renal, es necesario que realices cambios en tu alimentación, como por ejemplo, evitar la sal y beber menos líquidos (Función informativa*), ¿tienes alguna duda? (Función discriminativa).*
 Paciente: *¿Por cuánto tiempo tendré que evitar la sal?*

* Algunos temas que pueden tener la función informativa son: el análisis funcional de la conducta, la presentación de ejemplos o ilustraciones, explicación del padecimiento y las actividades a realizar durante las sesiones.

Función Instruccional:

Sra. Lourdes: *Creo que ya entendí cómo tengo que realizar mis ejercicios de respiración.*

Terapeuta: *Me da gusto Sra. Lulú (Función de refuerzo positivo ante verbalización deseada), me gustaría entonces que me indique cada uno de los pasos del ejercicio señalándome el lugar donde se tienen que colocar las manos. (Función instruccional).*

Si la paciente cumple el criterio correctamente se emite entonces una verbalización de refuerzo positivo ante la conducta emitida.

Función Motivadora:

Paciente: *¡Cada vez estoy más cansada! Cuidar de mi madre enferma me resulta agotador.*

Terapeuta: *Quizás sería bueno pedir apoyo de tus familiares para el cuidado de tu mami, recuerda que hay personas que nos pueden brindar su soporte pero a veces no sabemos cómo solicitarlo, valdría la pena intentarlo (Función Motivadora).*

Figura 4.3. Ejemplos de las Funciones del Lenguaje del Terapeuta según el SISC-CVT

Al haberse establecido comportamientos actuales o A manera de ejemplificar cada una de las

funciones se exponen casos ilustrativos de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Figura 4. potenciales en el paciente a lo largo del proceso terapéutico, es probable que la emisión de dichos comportamientos fomenten una dependencia por parte de ambas partes, es por eso que en el siguiente apartado se comentarán algunas recomendaciones para que el paciente no dependa del terapeuta, así como también se darán sugerencias para que el terapeuta maneje adecuadamente sus preocupaciones durante sus intervenciones.

Preocupaciones del terapeuta y recomendaciones para favorecer la autonomía del paciente

Algunas de las preocupaciones que experimenta el terapeuta en Medicina Conductual al tratar con el paciente se describen a continuación (Ramírez, 2011):

1. Que el paciente sea más “inteligente” o que cuente con un nivel académico superior al que él posee: El miedo a que el paciente “le dé la vuelta” en la entrevista o en la intervención puede ser una constante preocupación del terapeuta, sin embargo, es necesario que comprenda que él es el especialista y que si efectúa un adecuado interrogatorio y análisis funcional del paciente puede conocer sus gustos e intereses (por ejemplo, qué tipo de libros o información está acostumbrado a leer, dónde y qué estudios realizó, etc.) y así utilizar con astucia lo que el paciente refiere.

Si en algún momento de la intervención el terapeuta no tiene una respuesta para el paciente, no debe responder inventando información o basado en sus suposiciones, por el contrario decir simplemente “no sé” es mucho más inteligente y funcional en la interacción y se fomenta una relación empática entre personas que no tienen que saberlo todo.

2. Dependencia por parte del paciente: Puede ser que durante la intervención psicológica la interacción sea tan significativamente reforzante que provoque conductas de dependencia por parte del paciente, por esta razón se deben identificar

todas aquellas acciones o palabras que puedan condicionar dicho comportamiento.

3. A no ser capaz de ayudar al paciente: En ocasiones el terapeuta puede creer que el diagnóstico que emitió o las estrategias que puso en práctica, no fueron las adecuadas con su paciente y en consecuencia experimentar sentimientos de frustración e inutilidad. Una forma de afrontar de manera efectiva esta situación es solicitar ayuda de sus iguales (compañeros psicólogos con la misma formación) y de sus profesores y supervisores. Es frecuente escuchar opiniones diferentes por parte de los compañeros (por ejemplo, alguien podría asegurar que lo que experimenta el paciente es depresión mientras que otro puede creer que se trata de un trastorno adaptativo y en consecuencia utilizar técnicas diferentes) sin embargo, hay que recordar que no utilizamos un modelo interpretativo y que por ello el análisis funcional y los resultados en el paciente son los verdaderos indicadores del éxito. No hay que tener miedo.
4. Perder el control de sus emociones y no favorecer la sensación de control en el paciente cuando se habla de la muerte: El tema de la muerte es y seguirá siendo el reto latente del terapeuta cuando interactúa con su paciente o sus familiares. La preocupación de saber qué decir a la familia cuando el paciente fallece es muy común pero sólo en la experiencia se aprende que no siempre se tiene algo que decir y sólo basta algún movimiento o comportamiento no verbal que muestre empatía hacia el paciente. El terapeuta puede equivocarse, pero debe reconocerlo y asumirlo como una oportunidad para mejorar y así actuar sin que ello merme la atención hacia el paciente.

Algunas sugerencias para evitar los comportamientos de dependencia de los pacientes hacia el terapeuta son:

- Evite hacerse amigo del paciente, una cosa es ser amigable y gentil y otra es que sea su amigo

y deje de ser un profesional que presta sus conocimientos y habilidades.

- Asegúrese de dejar claro que el enfoque psicológico que utilizará tiene por objetivo entrenarlo, por lo que llegará un momento en el que tomará decisiones sin su supervisión y consejo especializado.
- Haga ver al paciente que la intervención psicológica será breve y estará focalizada a lograr los objetivos que ambos acordaron día a día, por lo que no durará años como piensa la mayoría de la gente que asiste al psicólogo.
- Si usted nota que el paciente depende de sus consejos o intervenciones es probable que esté funcionando como un estímulo reforzante para efectuar conductas de cambio por lo que tiene que desvanecer lentamente dicha función con el paciente. Por ejemplo, si las sesiones clínicas se realizaban dos veces por semana, reducirla a una vez por semana, posteriormente una cada 15 días, luego una cada mes y así sucesivamente.
- Si es posible, utilice un teléfono celular exclusivo para sus pacientes, el cual puede permanecer encendido en un horario previamente especificado para posteriormente apagarse. De esta forma se puede interactuar con sus pacientes en determinadas horas o bien dar alguna indicación o acordar una cita. Nunca hacer terapia por teléfono.
- Procure no dar información de contacto al paciente como por ejemplo teléfono local, celular o correo electrónico, ya que los pacientes pueden llamarlo hasta por la más mínima duda.

Consideraciones finales

Conocer a cabalidad los fenómenos clínicos y la diada terapeuta-paciente, supone un gran reto para la disciplina psicológica centrada en el estudio del comportamiento. Comprobar el verdadero valor funcional del terapeuta en las conductas del paciente observadas en sesión es y seguirá siendo un interés de los especialistas en Medicina Conductual, pues a partir

de dicha función se pueden evaluar los resultados del tratamiento y se contrastan las hipótesis iniciales.

En conclusión se puede decir que la relación terapéutica debe ser estudiada como un proceso interactivo en el cual toman partido la historia de condicionalidad del paciente (interacciones pasadas), el comportamiento del terapeuta (ya que puede establecer relaciones funcionales e inferencias en el paciente al elaborar su hipótesis de tratamiento), las expectativas, los posibles escenarios y las posibles consecuencias, los cuales tendrán frutos para ambas partes al establecerse procesos de aprendizaje.

La historia de aprendizaje de un sujeto se hace presente desde el momento que cumple una función en el comportamiento actual y se debe estudiar a partir de las verbalizaciones y del comportamiento explícito del paciente, ya que aunque se estén describiendo en una sesión acontecimientos o situaciones problemas pasadas, se hacen presentes y son dignas de análisis por parte del terapeuta. En la misma línea es como debe entenderse el “aquí y ahora” del que se habla en el enfoque cognitivo-conductual y no dejar de lado las cadenas de condicionalidad que ejercen efecto en el comportamiento pasado del paciente sobre todo si está presente en su lenguaje durante la sesión.

El ambiente colaborativo de trabajo permite que el paciente tome decisiones dentro del propio proceso terapéutico y conlleva a que ambos trabajen en equipo y decidan los problemas a tratar, los jerarquicen, acuerden las tareas para casa, la frecuencia de las sesiones y las metas a lograr.

Las implicaciones clínicas de los planteamientos expresados en este capítulo conllevan la insistencia de concebir el autocontrol personal en los terapeutas, instigando, aconsejando y llevando al paciente a reflexionar en todos aquellos aspectos de su vida.

Agradecimientos

A la Dra. María Xesús Froján Parga de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid por habernos proporcionado el Sistema de

Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT), el cual fue elaborado por ella y su grupo de investigación.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2001). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Berger, M. (1985). La ética y la relación terapéutica. Derechos del paciente y responsabilidades del terapeuta. En Rosebaum, M. (Comp.) *Ética y valores en psicoterapia* (pp. 85-113). México: Fondo de Cultura Económica.
- Ferro, R., Valero, L. y López, M. A. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la psicoterapia analítica funcional. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 255-264. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>
- Follete, W.C., Naugle, A.E. y Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Flanagan, S. y Liberman, R. (1985). Problemas éticos en la práctica de la terapia conductual. En Rosebaum, M. (Comp.) *Ética y valores en psicoterapia* (pp. 227-258). México: Fondo de Cultura Económica.
- Froján, P. M., Montaña, F. M. y Calero, E. A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803. Recuperado de: <http://www.psicothema.com>
- Froján, P. M., Montaña, F. M., Calero, E. A., García, S. A., Garzón F. A. y Ruiz, S. E. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609. Recuperado de: <http://www.psicothema.com>

- Froján, P. M., Alpañés, F. M., Calero, E. A. y Vargas, I. (2010). Una concepción conductual de la motivación en el proceso terapéutico. *Psicothema*, 22(4), 556-561. Recuperado de: <http://www.psicothema.com>
- Froján, P. M. (2011). Aplicación de los principios conductuales en la clínica: análisis del proceso terapéutico. En H. Martínez, J.J. Irigoyen, F. Cabrera, J. Varela, P. Covarrubias, y A. Jiménez (Eds.), *Estudios sobre comportamiento y aplicaciones Vol. III* (pp. 159-171) Guadalajara: Seminario Internacional sobre Comportamiento y Aplicaciones/COECYTJAL.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179.
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.
- Markides, M. (2011). The importance of good communication between patient and Health professionals. *Journal Pediatric Hematology and Oncology*, 33(2), 124-125.
- Morgenly, H. y Cogger, J. (1975). *El manual del Entrevistador*. México: Manual Moderno.
- Ortiz, G. (2004). Bioética, psicología y salud. En Rodríguez, G. (Comp.). *Medicina Conductual en México Tomo I*. (pp. 57-70). México: Porrúa Editorial.
- Pasmanik, D., Jadue, F. y Winkler, M. (2012). Un acercamiento al ethos profesional en estudiantes de psicología al inicio del ciclo centrado en la formación profesional. *Acta Bioethica*, 18(1), 111-120.
- Piaget, G. (1972). Training patients to communicate (pp 155-173). En: Lazarus, A.A. (Ed.), *Clinical behavior therapy*. Oxford: Brunner/Mazel. vii 230 pp.
- Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guías de aplicación. *Enfermería Integral*, 1, 27-33.
- Ramírez, L. M. (2011). *Formación del terapeuta cognitivo conductual*. (Tesis de Maestría Inédita). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Reynoso-Erazo, L., Hernández, M. M., Bravo, G. M. y Anguiano, S. S. (2011). Panorama de la residencia en medicina conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 25, 43-49.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, N. I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L., Bravo, G. M., Anguiano, S. S. y Mora, M. M. (2012). La evaluación de la residencia en medicina conductual ¿La historia se repite?. *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 43-53.
- Rodríguez, J. y Mira, J.J. (2006). Calidad y humanización de la atención sanitaria. *Viure en Salut*, 53, 12-18.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Editorial Trillas.
- Urbina, J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud. En Rodríguez, G. (Comp.) *Medicina Conductual en México Tomo I*. (pp. 57-70). México: Porrúa Editorial.
- Virués, J. (2004). Distinciones entre conductismo psicológico y radical con referencia al comportamiento verbal: una entrevista con Arthur W. Staats. *Acta Comportamental*, 12(1), 75-89.
- Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy Techniques. A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press Ltd.

(página en blanco)

CAPÍTULO 5

Evaluación psicológica

Rocío Tron Alvarez, María Rosa Avila-Costa y Leonardo Reynoso-Erazo

Introducción: ¿Tenemos que medir?

Las disciplinas históricamente “científicas” como la anatomía ofrecen el modelo de medición y evaluación ideal del ser humano. Desde que Vesalius escribiera *De Humanis Corporis Fabrica* en 1543 hasta la fecha, la anatomía macroscópica ha cimentado su posición como ciencia en la descripción de cualidades basadas en la medición y evaluación, utilizando metodología científica. Hoy en día nadie cuestiona que el corazón de un ser humano tiene un peso de aproximadamente 300 gramos, que mide entre 10 a 12 centímetros en su denominado eje mayor y que su circunferencia mayor es del orden de 20 cm. Estas cifras encuentran sustento inicial desde los estudios de Kerkring (1670); posteriormente Müller (1833) ofreció datos de las autopsias de más de 1000 sujetos (Guthrie, 1966).

Pensar en la medición y evaluación del corazón es tarea relativamente fácil: hay que remover el corazón del cadáver, quitar pericardio y grasa para posteriormente pesar y medir y contrastar contra valores considerados como normales. En esta época es indudable que un corazón de más de 500 gramos sea anormal, y si mide más de 20 cm de diámetro está crecido (Herrman y Wilson, 1922; Lewis, 1914). Para llegar a estas consideraciones, los anatomistas tuvieron que realizar múltiples mediciones y comparaciones. El siguiente problema a resolver era: hacer las mediciones en el cadáver es sencillo, ¿cómo hacerlas en sujetos vivos?

Al descubrirse los rayos X por Roentgen en 1896 y utilizarse cotidianamente en medicina, se desarrolló la medición indirecta del corazón utilizando el denominado índice cardiorácico, que fue definido como la relación numérica entre las dimensiones del tórax en su porción más inferior en la placa radiográfica de tórax y las del corazón, expresadas en centímetros. En la actualidad la medición y evaluación de la función del corazón se realiza con facilidad utilizando la ecocardiografía.

Anteriormente se pensaba en la psicología en niveles no científicos, justamente debido a la posibilidad de especular sobre su objeto de estudio. ¿Estudiamos el alma? ¿la mente? Pero: ¿qué son esas cosas? Señaladas de manera general: ¿cómo se mide la cantidad de alma que alguien tiene? ¿El alma se pesa? ¿El peso se expresa en gramos? Si el alma tiene peso, entonces: ¿el alma ocupa dimensiones espaciales? ¿cuánto mide? Y si tiene peso y medida: ¿quién tiene más o menos alma? Y siguiendo esta línea: ¿Cómo puede aseverarse que alguien es desalmado?

Medición y evaluación

La evaluación en psicología se encuentra cimentada en la medición; gracias a la posibilidad de medir –y de sistematizar la información- se ha podido ofrecer una visión científica de la psicología. Para ello se ha trabajado de manera incesante en el área de metodología de la investigación científica para poder ofrecer herramientas que el psicólogo aplicado pueda utili-

zar en su campo de trabajo, fruto de la investigación sustentada en la medición y evaluación. Pero entonces: ¿qué debemos medir?

El modelo conductual de la psicología nos ofrece una alternativa de trabajo similar a la descrita inicialmente (la anatómica). A la conducta se le puede observar, se le puede describir topografía y frecuencia, además de que se pueden realizar arreglos para observar el comportamiento en diferentes contextos; se pueden estudiar las interacciones ante distintas condiciones. Para ello, se requiere que el científico cuente con herramientas que le permitan sistematizar la observación y el registro de distintas conductas para posteriormente efectuar la comparación y proponer, de ser necesario, alternativas de cambio conductual.

La evaluación psicológica es el área que explora y analiza el comportamiento de una persona o de un grupo, persigue varios propósitos como descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración, a través de un proceso de toma de decisiones en el que se emplean una serie de herramientas como pueden ser los registros, escalas, inventarios, pruebas, entre otros, tanto para la evaluación de aspectos positivos como no positivos del individuo. La evaluación abarca desde la descripción del comportamiento hasta la evaluación de programas (Fernández, 1986; Aragón, 2004; Canudas González, 2005). Es un proceso necesario en toda intervención ya que no es posible proponer una intervención si antes no se cuenta con la información suficiente acerca del problema de la persona, y esta información sólo la puede proporcionar una correcta evaluación.

Esta forma de evaluación, además de aplicar herramientas de medida con la finalidad de conocer el estado actual de una persona o un grupo de personas en cuanto a algún atributo o problema psicológico, también constituye el primer paso de todo un proceso que involucra la toma de decisiones: seleccionar y plantear objetivos de terapia, seleccionar las técnicas y estrategias para la intervención, evaluar continua-

mente para constatar que los objetivos planteados se van alcanzando, así como para detectar posibles problemas en su consecución y evaluar para comprobar si las metas finales se han alcanzado. De este modo, la evaluación por sí misma no representa un fin, sino que persigue un objetivo fundamentalmente práctico y como tal está al servicio de la psicología: su objetivo fundamental no es la explicación sino la búsqueda de medidas prácticas de intervención.

El objetivo final que persigue toda evaluación es la toma de decisiones, esto supone la existencia de alternativas entre las cuales hay que elegir. Se podría considerar entonces a la intervención psicológica como todo aquello que al final de un proceso evaluativo se puede implementar como consecuencia de dicho proceso.

¿Qué nos interesa medir en Medicina Conductual?

El modelo de Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala señala, con respecto de esto, que “En Medicina Conductual estamos interesados en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario, ya que tiene creencias y manifiesta sentimientos y pensamientos ante los síntomas, además de que genera expectativas sobre las posibilidades de su curación o muerte y de la participación de su familia en este proceso. Tiene además pensamientos, sentimientos y creencias respecto de los médicos, de los medicamentos, de los procedimientos, del personal de enfermería, del resto del equipo, del hospital, etc.

Nuestro objetivo como profesionales en el área de la salud consiste en colaborar con el equipo médico a la curación del paciente (o a la rehabilitación) o a mejorar la calidad de vida en el caso de enfermedades terminales. Para ello requerimos identificar si el comportamiento del paciente se encuentra relacionado con procesos bioquímicos o bien el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente son función de la evaluación que el enfermo hace del ambiente en el que se encuentra inserto.”

(Tomado de: http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/?page_id=17).

Lo anterior supone que nos debiéramos enfocar a estudiar el comportamiento de las personas enfermas; para ello la primer pregunta es: ¿Los enfermos se comportan de manera distinta a los sanos? ¿Cómo demostrar las diferencias en comportamiento? Para ello sería necesario el formar dos grupos: uno de individuos sanos y otro de enfermos, pero: ¿Cómo se demuestra que una persona es sana? Si se utiliza el concepto de salud de la OMS (1948; 1978) salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.” Y ello nos lleva a preguntar. ¿cómo se define bienestar?

Esta discusión nos lleva a identificar una serie de elementos a evaluar, a los cuales los podríamos denominar como constructos teóricos. Son una serie de conceptos que necesitamos definir teóricamente para poder tomar decisiones con relación a cómo medirlos. Y nos lleva también a preguntarnos: ¿Estos constructos pueden medirse a través de la observación del comportamiento de las personas en distintos contextos o son específicos de un lugar o situación?

Para ello debemos proceder metodológicamente a la definición conceptual del problema, es decir, expresar en palabras las características del constructo que se pretende medir y posteriormente establecer las especificaciones de los objetivos del mismo, es decir, el dominio conductual al que han de referirse los elementos a medir. Lo que se hace realmente es una elección entre diferentes formas de operacionalizar el dominio de conductas en las que estamos interesados. Esta tarea la denomina Kerlinger (1973) definición operativa del constructo y Kazdin (1981) la denomina definición operacional, lo que implica que los indicadores con base en los cuales se infieren las propiedades o conductas en estudio se definen operacionalmente, es decir, se especifican las operaciones necesarias para medir los constructos, expresados como variables o indicadores.

Retomando el constructo de salud: ¿Cómo medirlo? Si la pregunta es respondida por los médicos, probablemente nos presenten una serie de medidas y operaciones que indiquen “normalidad fisiológica,” como por ejemplo, cifras de tensión arterial y glicemia dentro de un cierto rango, con lo que supondrían normalidad. El odontólogo muy probablemente definiría salud como la ausencia de caries o enfermedad parodontal, el optometrista como la medición de agudeza visual en 20/20. ¿Y el psicólogo? ¿Demostrando la ausencia de enfermedad mental?

Dentro de un modelo de evaluación tradicional, que tiene por objetivo examinar la estructura de la personalidad, la ausencia de enfermedad mental se trataría de demostrar a través de la medición de un conjunto de constructos hipotéticos (rasgos), que no sufren modificación alguna, sino que permanecen estables durante el transcurso del tiempo. La evaluación se centraría en la descripción del individuo con base en tales rasgos o cualidades, haciendo a un lado la influencia de la situación espacial y temporal en la que ocurre la evaluación.

La conducta se interpretaría como un indicador o signo de la existencia de la cualidad. La demostración de la existencia de un rasgo, debido a que es una propiedad interna del individuo, requeriría de ser evaluada o medida mediante manifestaciones externas del sujeto. Para demostrar la existencia de una cualidad de la personalidad sería necesario que existieran evidencias externas (respuestas) de tal construcción hipotética.

Para la evaluación tradicional, por muy diversas y variadas que fuesen las diferencias entre los individuos, éstas se reducirían a un número de características esenciales, atributos o cualidades de la personalidad.

El muestreo de las formas de conducta mediante la comparación transversal o de perfil es el método por excelencia. Este método permite, con los resultados obtenidos en su aplicación, deducir los rasgos o cualidades presumiblemente estables de la personalidad de un sujeto que condiciona su forma

de comportarse (Aragón, 2004). La meta con la aplicación de este método de estudio es llegar a predecir la reacción de ese individuo en otras situaciones aparentemente distintas, en las que se estudia la misma cualidad o rasgo.

Dentro de un modelo de evaluación conductual, la conducta está en función de la situación, las respuestas de la persona que dependen tanto de las condiciones biológicas del organismo, como de las variables medioambientales presentes en el momento de la evaluación. Las unidades de análisis son las conductas del individuo, las variables ambientales ante las que son presentadas o emitidas, así como las variables del organismo. En la evaluación conductual sus correspondientes unidades de análisis se estiman inestables en espacio y tiempo; por lo tanto, bajo el modelo de evaluación conductual, el comportamiento de las personas cuando enferman es diferente a cuando se creen sanos.

Si bajo el modelo de evaluación conductual el comportamiento de las personas es diferente cuando están sanos o enfermos, entonces: ¿Cómo podemos distinguir? ¿Hay comportamientos de salud? ¿Hay comportamientos de enfermedad? ¿Cómo medirlos? ¿Se presentan de la misma forma en las personas? ¿Son distintos de acuerdo a edad y sexo?

Para dilucidar este problema, una de las formas más sencillas sería observar el comportamiento de las personas en el contexto hospitalario, con la ayuda del personal médico y de enfermería. Considerando que en nuestro país el modelo de atención se encuentra sobresaturado, es poco probable que existan médicos y/o enfermeras que tengan tiempo suficiente para colaborar en una investigación de este tipo. Podemos entonces acudir a distintos hospitales y observar el comportamiento de las personas mientras esperan pasar a la consulta o cuando se encuentran internados en alguna sala de un hospital. Podemos preguntarle a alguno de nuestros familiares o amigos que haya estado internado en un hospital sobre su estado de ánimo. De esta forma podemos identificar, grosso modo, que las personas presentan

cambios del estado de ánimo con relación a enfermedad e internamiento hospitalario.

Por otra parte, si realizamos investigación documental podremos darnos cuenta que en psicología nos hemos preocupado por efectuar medición de los atributos psicológicos, para lo cual es necesario cuantificar distintos parámetros, con el fin de determinar si el problema se manifiesta por exceso (presencia excesiva de una conducta) o por defecto (escasa aparición de una conducta). Se miden los atributos psicológicos, los que se consideran una muestra de los repertorios de conducta que el evaluado posee y representa lo que ha aprendido, como resultado de su interacción con el entorno social. Existen ciertas conductas que son directamente medibles, como por ejemplo el número de cigarrillos que se fuman diariamente, el número de veces que una persona come, sin embargo, una gran cantidad de los atributos psicológicos no son medibles directamente, es por ello que se miden indirectamente y por medio de indicadores, que son los instrumentos que muestran el atributo psicológico a medir (Aragón, 2004).

Si la investigación documental se realizara con relación a instrumentos de evaluación de estados de ánimo aparecería con frecuencia el inventario de depresión de Beck (BDI), utilizado ampliamente en diversos contextos. Una consulta en Medline utilizando como descriptores Beck Depression Inventory and behavior arrojó 4456 citas. En 1988 se presentó un artículo con los resultados de 25 años de uso del mismo (Beck, Steer y Garbin, 1988). Posteriormente, Jurado et al. (1998) publicaron la estandarización del mismo para la ciudad de México y mencionaron que el instrumento es válido y confiable, por lo que entonces podría utilizarse para distinguir si las personas enfermas presentan puntajes más elevados con relación a los sanos. Pero: ¿Qué significa que un instrumento sea válido y confiable? Quienes escriben sobre medición y evaluación en psicología señalan la necesidad de establecer y medir la confiabilidad y la validez de los instrumentos psicológicos, ya que los instrumentos psicológicos de medición, para poder

considerarlos adecuados y científicos, deben contar con dos requisitos indispensables: la confiabilidad y la validez (Fernández-Ballesteros, 2007; Leibovich de Figueroa y Schmidt, 2008).

Confiabilidad

Es la exactitud, la precisión con que un instrumento de medición mide el constructo; en términos estrictos, es la ausencia de errores de medición utilizando un instrumento determinado. Como en psicología es difícil utilizar dichos términos en la medición de atributos psicológicos, se utilizan como sinónimos de confiabilidad, el de estabilidad de la medida y el de consistencia interna (Jensen, 1996; Martínez Miguelez, 2006; Aragón, 2011).

Con respecto a la estabilidad de la medida, al medir un atributo psicológico con un determinado instrumento, éste será confiable si, al evaluar a las mismas personas con el mismo instrumento, las medidas obtenidas en la segunda aplicación son muy similares a las obtenidas en la primera aplicación, es decir, que sean estables a través del tiempo, lo cual indicaría que los errores de medición serían mínimos y por tanto la confiabilidad sería aceptable, atribuyéndose las diferencias encontradas entre una medición y otra, a los errores aleatorios asociados al proceso de medición y no al instrumento (Muñiz, 1992; Martínez Miguelez, 2006). En el caso de la depresión en personas enfermas y utilizando el BDI, ¿sería de esperarse que una muestra de personas tuvieran los mismos puntajes para depresión después de, por lo menos, 90 días? ¿Sería ético medir por vez primera a estas personas, obtener sus puntajes, compararlos contra la norma y volverlos a medir posteriormente, sin ofrecerles ningún tipo de tratamiento psicológico, simplemente para demostrar la estabilidad de medida del instrumento? Probablemente este lapso de espera sea adecuado para realizar la medición en personas sanas, pero entonces podríamos cuestionar: ¿Para qué medir a personas sanas con el BDI? Si se supone a priori que son sanas, se esperaría que los puntajes del instrumento debieran ser cercanos

a cero. Que el BDI mida características de no depresión reiteradamente no necesariamente significa que tenga estabilidad de medida, por lo que debe ofrecerse otra alternativa para demostrar esta propiedad, esta es la consistencia interna.

La consistencia interna se refiere a que los reactivos que componen un instrumento son relacionables entre sí, en la forma en que están evaluando el atributo psicológico, esto es, aquellos sujetos que puntúan alto en el atributo, puntuarán alto en aquellos reactivos que tienden a medir dicho atributo (Roa-Cubaque, Ospina, Monroy-Toro, Díaz-Moreno y Vega-Reyes, 2012). Las técnicas más utilizadas para calcular esta consistencia han sido la prueba de las dos mitades y el coeficiente alfa de Cronbach. En la primera los reactivos del instrumento se dividen en dos partes (por ejemplo, reactivos pares contra reactivos impares) y se correlacionan las puntuaciones de estas dos mitades. En cuanto a la segunda técnica, Cronbach (1951) desarrolló una fórmula para calcular el coeficiente alfa, que es la medida de todos los posibles coeficientes de correlación. Finalmente, es importante aclarar que la confiabilidad es necesaria pero no suficiente para la validez (una prueba puede ser confiable pero no válida).

Validez

Indica el grado en que un instrumento de evaluación es una medida adecuada del constructo y en qué medida las hipótesis emanadas del constructo pueden afirmarse mediante el uso del instrumento en cuestión. La validez implica entonces preguntarse: ¿medimos realmente lo que pretendemos medir?

Por validez puede entenderse que realmente se está midiendo lo que se pretende medir y por confiabilidad se entiende la obtención de los mismos resultados en diferentes ocasiones y bajo circunstancias similares. Así pues, la confiabilidad se refiere a la exactitud y estabilidad del instrumento en sí, mientras que la validez implica certeza de la información obtenida (Reynoso y Seligson, 2005). Más aún, la validez es el grado de adecuación, significación y utilidad

de las inferencias específicas que pueden derivarse a partir de las puntuaciones de las pruebas psicológicas, es decir, la utilidad de los datos proporcionados por el instrumento para las inferencias que se pueden obtener de la ejecución del individuo en una prueba, ya que lo que se valida no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de él (Jensen, 1996; Roa Cubaque et al., 2012).

Existen varios tipos de validez: de constructo, de criterio y de contenido. De acuerdo a la validez que posea un instrumento determinado, se podrán realizar inferencias sobre la conducta posterior de la persona evaluada (Aragón y Silva, 2002).

Validez de constructo supone un concepto unificador que abarca aspectos de contenido y de relaciones con otras variables («...toda validación es validación de constructo»; Cronbach, 1984; p. 126). Supone el reconocimiento de la validez como proceso único de recogida de evidencias a través de estrategias de investigación diferentes relacionadas con el constructo, con el contenido o con el criterio (Olieden, 2003). Aquí se valida un constructo hipotético; se validan las cualidades que mide la prueba y se valida la teoría sobre la que éste descansa, lo que implica que el instrumento mide un constructo derivado de toda una teoría psicológica subyacente al instrumento de medición y a la medida misma. En el caso del BDI, éste es un autorreporte que mide datos clínicos de depresión.

Imagine el lector que este instrumento (el BDI) es aplicado a una serie de personas enfermas que se encuentran internadas en un hospital, más bien, que es aplicado a personas que padecen enfermedad renal crónica.

Vázquez y Reynoso, en el capítulo 10 de esta obra señalan que en la evaluación psicológica de las personas con enfermedad renal crónica será necesario valorar si su comportamiento es consecuencia de procesos bioquímicos y fisiológicos relacionados con el daño renal o si el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente son debidos a la evaluación que el paciente hace del ambiente en

el que se encuentra, ya que las personas con enfermedad renal pueden presentar somnolencia, obnubilación, adinamia, alteraciones de la conciencia, del comportamiento psicomotor, del pensamiento, de la memoria, del habla, de la percepción y de la emoción y esto podría ser consecuencia de la acumulación de productos metabólicos de desecho (principalmente urea), por lo que sería conveniente preguntarse: ¿Debe utilizarse el BDI en estos enfermos? Si se les midiera con este instrumento y lo respondiesen, obtendrían puntajes elevados, lo que indicaría que estas personas podrían ser clasificadas con niveles elevados de depresión (depresión severa). Y si a estas personas se les ofrece tratamiento médico (diálisis o hemodiálisis) y posterior a éste se les reaplica el BDI es probable que sus puntajes sean mucho más bajos que los anteriores, por lo que valdría preguntarse: ¿El BDI es un instrumento válido y confiable? ¿Puede ser utilizado para todas las personas en todos los contextos? Tal parece que este instrumento no discrimina entre signos y síntomas de enfermedad física contra depresión. ¿Este instrumento tiene validez de contenido?

Validez de contenido

Se refiere al grado en que los reactivos de un cuestionario muestrean el constructo que se está evaluando, este tipo de validez se determina normalmente de manera subjetiva o cualitativa en vez de un modo objetivo o cuantitativo. Una de las formas más frecuentes para determinar la validez es preguntar a expertos en el campo que evalúen el grado en que los reactivos incluidos en un cuestionario son representativos y apropiados. En este tipo de validez se garantiza que los resultados del sujeto en la prueba se puedan generalizar al universo de contenido que la prueba representa (Martín Arribas, 2004). Si se contrastan los reactivos del BDI contra los signos y síntomas de enfermedad renal crónica podrá verse la coincidencia entre ambos, por lo que este instrumento no debiera ser utilizado en este tipo de personas que presenten cifras elevadas de urea.

Validez de criterio

Se concentra en determinar si el instrumento o cuestionario funciona de acuerdo con la teoría que se tiene del constructo. Por lo tanto este tipo de validez está encaminada a comparar el instrumento con otros criterios que de alguna forma se relacionan con el constructo. Más aún, se refiere al grado en que una medición de un constructo (un predictor), está asociada con algún otro indicador del mismo constructo (criterio). Existen dos tipos básicos de validez en relación al criterio, la validez concurrente y la validez predictiva.

Validez concurrente

Se estudia cuando se determina el grado de asociación entre la medida y algún criterio independiente en el mismo momento. Un ejemplo de lo anterior lo presentan Jurado et al. (1998) cuando señalan que realizaron la validez concurrente entre el BDI y la escala de Zung en una muestra de 120 sujetos con diagnóstico depresivo. En este caso se compararon los puntajes de ambos instrumentos utilizando como medida la correlación de Pearson. En este tipo de validez se compara la actuación del sujeto en una prueba con un criterio con una medida directa e independiente de lo que está destinado a medir; debe existir evidencia de que hay una relación entre las puntuaciones de la prueba y las del criterio (Alarcón y Muñoz, 2008; Bedregal, Hernández, Yeomans y Molina, 2013).

Validez Predictiva

La validez predictiva representa el grado de asociación entre las puntuaciones de una medida (V.gr. algún cuestionario) y algún criterio independiente evaluado en una ocasión posterior. Se refiere a que la medida obtenida por un sujeto en la prueba ayudará a predecir, en el tiempo presente o a futuro, un comportamiento. En otras palabras, es la eficacia de una prueba en la predicción de situaciones específicas (Oliden, 2003).

La historia de los intentos por contar con instrumentos de medición numérica, específicamente

en el campo de la depresión, son de la primera mitad del siglo pasado, atribuyéndose el primer intento a Guilford, quien publicó en 1936 una monografía titulada *Psicología cuantitativa*. La proposición de Guilford para la construcción de escalas clínicas, con algunas variaciones, ha persistido a lo largo del tiempo, y en lo fundamental incluye tres etapas: a) una muestra representativa de factores evaluada en su validez interna (correlación de cada ítem con todo el resto) b) validez externa o concurrente (correlación con otros instrumentos o con la evaluación clínica) y c) la validez de constructo obtenida mediante el análisis factorial de los reactivos, si el instrumento mide más de un factor o dimensión. Si ésta es única, la validez interna tiene además validez de constructo (Ojeda et al., 2003).

Tal parece que en la evaluación conductual nos centramos exclusivamente en identificar, mostrar o realzar las características de un individuo, por lo que es pertinente preguntarnos: ¿En la evaluación conductual podemos comparar entre personas?

Los instrumentos de evaluación que se emplean en psicología cumplen funciones distintas dentro de la evaluación conductual. Una de ellas es el aplicar el instrumento, cuantificarlo y posteriormente buscar la posición relativa de un individuo respecto a algún grupo sobre el que se conozcan las normas. Imagine nuevamente que acaba de aplicar el BDI a un grupo de personas ¿Cómo se determinaron los puntos de corte para señalar que un puntaje inferior a 5 indica ausencia de depresión? La referencia a las normas evoca la tradición nomotética de la evaluación (Jensen, 1996, Aragón, 2004). Los hallazgos relativos a las normas son útiles para varios propósitos: por un lado, los datos recopilados de los cuestionarios de autoinforme pueden sugerir que la conducta de la persona es deficiente o excesiva si se comparan los resultados con las normas del grupo. Por otro lado, se pueden determinar objetivos para el tratamiento o expectativas razonables para el cambio a partir de la información relativa a las normas. Así mismo, se pueden comparar sujetos de diferentes

estudios o muestras con respecto a sus puntuaciones en los cuestionarios que han hecho referencia a las normas. Y finalmente, se puede utilizar la información relativa a las normas con el propósito de mostrar que los cambios que resultan de la terapia son clínicamente significativos.

Una de las características distintivas del trabajo del especialista en medicina conductual es el énfasis en el caso individual, el denominado enfoque ideográfico.

Aspectos metodológicos de la Evaluación conductual

La evaluación dentro de la psicología conductual ha tenido al menos cuatro características fundamentales bajo las cuales se ha desarrollado metodológicamente y que son las siguientes: 1) Se ha centrado en los principios teóricos que fundamentan y justifican las técnicas empleadas. 2) Busca realzar la efectividad de una determinada técnica sobre otras, es decir, se determina la efectividad terapéutica. 3) Se usa para realizar críticas metodológicas. 4) Se realiza la evaluación post-facto tanto de la efectividad como de la metodología (metaanálisis) (Reynoso y Seligson, 2005).

El psicólogo conductual utiliza a la evaluación como un recurso de gran valor ya que le permite la posibilidad de identificar y medir con mayor objetividad las conductas del paciente en cuestión.

El psicólogo conductual en el área de la salud dispone en la actualidad de una serie de instrumentos válidos y confiables con los que puede desarrollar sus tareas de identificación de conductas problema, pero además es posible que pueda desarrollar instrumentos acordes a los problemas clínicos que se le presenten y adaptados al contexto.

¿Por qué debemos medir en Medicina Conductual?

La medición en Medicina Conductual nos interesa sobremanera ya que de una buena medición y evaluación dependerá la formulación de un adecuado análisis funcional de la conducta, el cual nos permitirá elegir las estrategias de intervención idóneas para

el tratamiento de la persona. Además, la medición y evaluación nos ofrecerá elementos para determinar si la intervención fue exitosa y efectuar una evaluación pronóstica. La evaluación es vista como un proceso continuo, que debe perseguir cuatro metas:

1. Identificar las conductas de interés, así como los métodos apropiados para medirlas.
2. Determinar las variables medioambientales, orgánicas y cognitivas que controlan dichas conductas.
3. Seleccionar una estrategia de intervención que tenga una alta probabilidad de éxito.
4. Evaluar la efectividad relativa de la intervención.

Aunado a lo anterior, la medición y evaluación conductual nos permitirá demostrar la existencia de cambios en la persona que ha recibido tratamiento y si este cambio es estadísticamente significativo.

La medición y evaluación psicológica en el contexto médico realizada por el especialista en Medicina Conductual se torna de gran importancia ya que desde la época de Hipócrates, los médicos han reconocido las relaciones entre el comportamiento de los pacientes y las enfermedades que éstos presentan (Cattell, 1977). Un reto importante de la medicina actual reside en el hecho de que una enfermedad específica es tratada por el médico y el resultado del tratamiento así como el pronóstico variará de acuerdo a los comportamientos del paciente y al contexto en el que se encuentre el mismo. Esta perspectiva es clave para el papel evaluativo de la psicología y su importancia dentro del sistema de atención a la salud. Esto es consistente con el hallazgo de que al menos un tercio de la práctica médica típica se desarrolla con pacientes que presentan no necesariamente padecimientos médicos sino que acuden a la consulta por problemas psicológicos (Baldwin, 1995; Brody, 1980; Greenfield, 1993; Walen, 1985; Werkman, Mallory y Harris, 1996). Por ejemplo, los aspectos sobre adherirse al tratamiento médico o a la rehabilitación son de vital importancia (Hersch y Staunton, 1995). Es por ello que debe realizarse la importancia de la

medición y evaluación en Medicina Conductual en estas áreas, a través del uso de distintas herramientas que nos permitan identificar la conducta problema en términos de frecuencia de ocurrencia, el contexto en el que se presenta y las contingencias que refuerzan y mantienen la conducta.

Tipo de herramientas utilizadas para evaluación

Las principales herramientas que se utilizan para la evaluación son: La entrevista, los cuestionarios de auto informe, autorregistros, listas de chequeo (checklists), autorreporte, registro anecdótico, observación directa de la conducta, medidas psicofisiológicas y, dado que el especialista en Medicina Conductual se encuentra laborando en instituciones de salud, el expediente médico.

Entrevista

Hablar de entrevista supone hacer referencia hacia la medicina, al interrogatorio, a la historia clínica, al método clínico, al modelo conductual desde el que desarrollamos nuestra práctica cotidiana, para poder comprender qué aspectos metodológicos nos preocupan en la recolección de datos. La aproximación conductual en psicología está basada en la convicción de que la conducta es aprendida. La evaluación se enfoca en el cómo la gente se comporta en situaciones particulares o en respuesta a varias contingencias. La evaluación supone procesos observables e indirectamente a pensamientos y sentimientos.

Idealmente la entrevista debiera desarrollarse en un ambiente cordial y tranquilo; sin embargo, en buen número de ocasiones dentro del contexto hospitalario la interacción paciente-especialista en medicina conductual se realiza no necesariamente en el mejor contexto; probablemente el paciente se encuentre en ese momento en crisis o bien tenga una serie de dudas o creencias en relación a “la consulta con el psicólogo.” En la interacción con el paciente, el terapeuta coadyuva en la identificación de la conducta problema, valiéndose de la conducta verbal para comunicarse; aunado a ello, la observación de

las conductas presentadas por el paciente durante la entrevista se tornan de gran importancia para el establecimiento del problema.

En la entrevista inicial es frecuente encontrar que los pacientes manifiestan desconocimiento de las características de la enfermedad que padecen y pueden generar falsas expectativas (positivas o negativas) con relación a ésta, además de que tienen la sensación de falta de apoyo social, por lo que el especialista en medicina conductual debe ofrecerle información respecto de su problema, deben registrarse las respuestas del paciente, además de las observaciones respecto de su aspecto físico general, su orientación en tiempo, espacio y persona, el repertorio verbal del sujeto, la coherencia de las respuestas ante el interrogatorio, la latencia de las respuestas, la existencia de movimientos, la búsqueda de movimientos anormales o estereotipados, tics, etc. Una herramienta auxiliar de la entrevista puede ser alguna lista chequeable (checklist), que le permite al entrevistador identificar una serie de conductas observables. La tabla 5.1 presenta un ejemplo de lista chequeable para ser utilizada en la entrevista.

Palidez	SI	NO
Cianosis	SI	NO
Manos Frías	SI	NO
Sudor de Manos	SI	NO
Temblores musculares	SI	NO
Hace contacto visual	SI	NO
Sudoración en la frente	SI	NO
Rechina los dientes	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Movimientos anormales	SI	NO
Dificultad para moverse	SI	NO
Llanto	SI	NO
Higiene adecuada	SI	NO
Habla en voz baja	SI	NO
Respuestas verbales coherentes	SI	NO
Dificultad para levantarse de la silla	SI	NO

Tabla 5.1. Una lista chequeable.

En el contexto hospitalario la entrevista se dirige hacia el problema actual, expresado como la queja principal del paciente. Es importante escuchar en los propios términos del paciente cuál es su queja principal y cómo se ha desarrollado este problema, es decir, la historia. Esta información puede ser muy breve o muy compleja, dependiendo del repertorio verbal del paciente o de algún problema médico o aparato que dificulte al paciente la expresión del mismo. El terapeuta debe escuchar al paciente y puede ayudar a la obtención de información a través de la formulación de preguntas o el poner ejemplos. Nunca deberá sugerir respuestas o callar al paciente. La recolección de información deberá recaer en la precisión de la sintomatología actual, determinando los factores que influyen para provocarla y mantenerla, es decir, deben identificarse contingencias y efectuarse un análisis funcional de la conducta.

Los cuestionarios de auto informe

En los inicios de la terapia conductual, los psicólogos clínicos no mostraron interés por desarrollar y emplear los cuestionarios como fuente básica para obtener información, preferían métodos de evaluación más objetivos, considerando que la observación de la vida real era una fuente confiable de información, con una marcada predilección por los métodos de evaluación directos frente a los indirectos. Los métodos directos son aquellos que evalúan las conductas problema en el momento y en el lugar de su ocurrencia real, por el contrario los métodos indirectos lo hacen en otro momento y/o en otro lugar; los cuestionarios, al igual que las entrevistas y las evaluaciones retrospectivas, constituyen métodos indirectos de evaluación.

Entre las variables que contribuyeron al uso limitado de los cuestionarios fue el asumir que los cuestionarios de autoinforme, y otros métodos como la entrevista, son susceptibles de forma inherente a un gran número de factores de sesgo (olvido, el engaño y la deseabilidad social), otras variables fueron las suposiciones de la teoría de los rasgos,

referentes al uso de los cuestionarios (se evalúa la cantidad que posee un individuo de un determinado rasgo). Mientras que los terapeutas conductuales prefieren adoptar puntos de vista situacionales (o al menos interaccionistas) sobre la conducta. El énfasis del enfoque conductual se ha puesto en la evaluación de lo que una persona hace, en vez de valorar lo que una persona tiene (Buela-Casal y Sierra, 1998; Froján, Montaña y Calero, 2006).

Actualmente los límites entre diversos enfoques (conductual y otros) se han vuelto cada vez más permeables, por ello en ocasiones es difícil discriminar entre cuestionarios, aún cuando los desarrollados y utilizados por los terapeutas con orientación conductual son más específicos a la situación que los inventarios de personalidad tradicional. Por ejemplo, el BDI, utilizado frecuentemente por los terapeutas conductuales y desarrollado originalmente para ser administrado por entrevistadores clínicos, se centra únicamente en determinados síntomas (especialmente cognitivos) y no es situacionalmente específico.

Al momento de seleccionar y aplicar los cuestionarios de autoinforme hay que considerar las variables que pueden afectar la validez de la información obtenida por los instrumentos entre las cuales se encuentran:

- Deseabilidad social: el deseo del paciente de aparecer con un tono positivo. Estas influencias de deseabilidad social dan como resultado una mayor información de conductas positivas y una menor información de conductas negativas.
- Las características de la población: se piensa que los miembros de determinados grupos de diagnóstico proporcionarán información poco fiable.
- Características de exigencia de la situación de evaluación, son los estímulos que influyen sobre la percepción de una persona con respecto a la naturaleza de una situación.
- Las influencias reactivas: hacen referencia al procedimiento mismo de la evaluación que modifica la conducta objetivo que se está evaluando.

- Sesgo de respuesta: es la posibilidad de una dependencia consecutiva de las respuestas de un individuo a los reactivos del cuestionario. Esto significa que una respuesta a un reactivo puede influir sobre la respuesta al siguiente ítem y, reducir así la validez de la información obtenida por el cuestionario.

Otras variables que pueden influir sobre la validez de los cuestionarios son, por ejemplo, las instrucciones, el formato de respuesta, la redacción de los reactivos, las variables propias del lugar donde se aplica el cuestionario, el número de instrumentos aplicados simultáneamente, la exposición a experiencias de sensibilización y las interacciones previas con el evaluador conductual.

Los cuestionarios de autoinforme pueden ayudar para la identificación y selección de las conductas objetivo que se han de medir, éstos pueden incluir conductas motoras, fisiológicas y cognitivas, es decir, la selección inicial de conductas problema. Debido a que los terapeutas cognitivo conductuales han puesto énfasis sobre la especificidad al definir las conductas objetivo, normalmente se busca información sobre la frecuencia, intensidad, duración y la magnitud de las mismas.

Desafortunadamente los cuestionarios no proporcionan suficiente información específica relativa a los parámetros o a los determinantes situacionales de las conductas problema. La información proporcionada por un cuestionario es un índice cuantitativo del grado en que una determinada área problema es relevante para un paciente, o la probabilidad de que el paciente emita una conducta que ha elegido entre varias.

La tabla 5.2 presenta un ejemplo de autorreporte, el Cuestionario sobre conducta tipo A en niños (CTAN2) (Avila, Tron y Reynoso, 2003) ($\alpha = 0.766$). El CTAN2 es un instrumento de 20 reactivos utilizado en niños de primaria con el propósito de evidenciar conductas de hostilidad, competitividad, agresividad y urgencia de tiempo, características del patrón conductual tipo A. En

2010 se decidió utilizarlo con una escala tipo Likert pictórica desarrollada por Reyes-Lagunes (2003).

<i>Me gusta ganar cuando juego contra mis compañeros</i>				
<i>Acabo los trabajos antes que los demás en la escuela</i>				
<i>Me aburro y me desespero cuando tengo que esperar que mis compañeros terminen un trabajo en la escuela</i>				
<i>Hago mis tareas muy rápido</i>				
<i>Si alguno de mis compañeros no hace las cosas como yo quiero, lo regaño o le grito</i>				
<i>Me molesta tener que compartir materiales con mis compañeros</i>				
<i>Interrumpo a mis compañeros cuando hablan</i>				
<i>Me gusta ser el líder en todas las actividades</i>				
<i>Me enojo con facilidad</i>				
<i>Cuando hago un trabajo en la escuela me gusta que quede perfecto</i>				
<i>Trabajo lentamente y con mucho cuidado en la escuela</i>				
<i>Me gusta discutir con mis compañeros</i>				
<i>En la escuela, espero a que mis compañeros terminen sus trabajos</i>				
<i>Me gusta que mis trabajos queden mejor que los de los demás</i>				
<i>Puedo estar quieto 15 minutos escuchando un cuento</i>				
<i>Para mí es muy importante resultar ganador en los juegos o trabajos escolares</i>				
<i>Mis compañeros me reconocen como líder o capitán</i>				
<i>Hago las cosas mejor si la maestra dice que me apesure</i>				
<i>Me gusta pelear</i>				
<i>Cuando juego con mis compañeros o amigos, me gusta poner las reglas</i>				

Tabla 5.2. El CTAN.

Autorregistro

La autoobservación y su autorregistro es una de las técnicas por excelencia al momento de realizar un análisis funcional; a diferencia de la entrevista, permite un registro en el momento en el que ocurre la conducta y de otros eventos que sean objeto de evaluación (Sánchez-López y Aparicio, 2001).

El registro conductual es un registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiestos. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. Durante la entrevista es difícil establecer frecuencias y tasas concretas, sin embargo, la autoobservación permite obtener información precisa sobre las conductas objeto de evaluación. Los datos que proporciona el autorregistro no están sesgados por el recuerdo y la reconstrucción del pasado, como sería el caso al momento en que se formula la pregunta durante la entrevista. La tabla 5.3 presenta un ejemplo de autorregistro del pulso, como parte de un programa de ejercicio progresivo.

REGISTRO DEL PULSO			
FECHA:		HORA DE INICIO:	
<i>Cuente durante 15 segundos su pulso. Anote la cifra en la casilla que corresponda.</i>			
	PULSO	x4	TOTAL
ANTES		x4	
2 MINUTOS		x4	
5 MINUTOS		x4	
8 MINUTOS		x4	
11 MINUTOS		x4	
15 MINUTOS		x4	
19 MINUTOS		x4	

Tabla 5.3. Ejemplo de autoregistro.

Otra forma de obtener información es la observación y registro por otros, sin embargo, es una técnica costosa en tiempo y esfuerzo, además de que

está sujeta a limitaciones que tienen que ver con las posibilidades de producir cambios en la conducta de quienes se está observando (lo que se conoce como reactividad de la observación). O bien, la conducta de interés sólo se presenta en espacios privados como puede ser el dormitorio o el baño. La ventaja con la autoobservación y su autorregistro, es que permite obtener información sobre una conducta cuando ésta acontece, y puede ser recogida aunque remita a conductas íntimas o contextos privados.

Como ocurre con la observación por otros, la conducta a observar también es susceptible de reactividad, en este caso la reactividad está provocada por el mismo individuo. En ocasiones, la reactividad producida se da en el sentido deseado, en otros, por el contrario, la reactividad puede inducir un incremento o decremento de la conducta en el sentido contrario al deseado.

Para aprovechar la ventaja que la técnica proporciona es conveniente que el registro de las respuestas se realice en el momento de acontecer, para esto es necesario que el formato del registro no interfiera con la propia ejecución de la conducta o que se convierta en una molestia, resultando en un inadecuado registro o, incluso, en su abandono.

La autoobservación y su autorregistro es una de las técnicas por excelencia al momento de realizar el análisis funcional. Para realizar un registro es importante primeramente definir operacionalmente la(s) respuestas a registrar (motoras, cognitivas y/o fisiológicas) y establecer qué parámetro o parámetros de esa conducta se quiere registrar, así como otras unidades de información, como los antecedentes y consecuentes.

El modelo de registro que se confeccione debe de tener un formato sencillo, que facilite el mismo. Y se deben de establecer las instrucciones sobre cuáles son las respuestas a registrar, qué otras unidades de información hay, cuál es el intervalo temporal, cómo se debe proceder para registrar y cómo debe hacerse disponible el registro.

Análisis topográfico

El análisis topográfico consiste en identificar las manifestaciones y conductas que presenta una persona en los tres sistemas de respuestas, así como precisar los parámetros de las mismas por medio de la frecuencia, duración, intensidad, latencia y tiempo entre respuestas (Ribes, 1995).

El triple sistema de respuestas es el modo de responder de cada persona ante las distintas situaciones y problemas e incluye las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas. Estos tres niveles de respuestas están interrelacionados en todas las personas, aunque el nivel de afectación no es sincrónico, es decir, en cada persona y cada situación se responde en cada nivel con una mayor o menor afectación.

1. Las respuestas motoras o conductuales son aquellas que muestran lo que la persona hace o no hace, visibles y observables por los demás, también denominadas respuestas externas. Por ejemplo, lavarse las manos repetidamente, tocar la manija de la puerta varias veces antes de abrirla, contar en voz alta hasta un número fijo antes de poder realizar alguna actividad.

Dentro de las respuestas motoras se incluyen tanto las conductas verbales como no verbales. Las conductas verbales son aquellas conductas relacionadas con la emisión de palabras, como por ejemplo contar en voz alta, tartamudear, hablar rápido o lento. Mientras que las conductas no verbales hacen referencia al lenguaje corporal como postura, gesticulación, por ejemplo.

2. Las respuestas fisiológicas hacen referencia a las distintas condiciones o sensaciones físicas que experimenta la persona. La mayoría son sensaciones que ocurren dentro del organismo, por tanto se les conoce como respuestas internas, y no son observables por los demás, como por ejemplo, palpitaciones, tensión muscular, presión arterial. Sin embargo, algunas pueden ser observables y por ello podrían incluirse también como respuestas externas, por lo que se les denomina mixtas, y son, por ejemplo, temblor de

manos, sonrojarse, sudoración de manos, etc.

3. En las respuestas cognitivas se incluyen los pensamientos, auto verbalizaciones, la interpretación del medio, las expectativas, imágenes, opiniones, creencias, atribuciones, sentimientos, etc. A diferencia de las respuestas motoras, las respuestas cognitivas ocurren dentro del sujeto, no son observables por los demás, por lo que son únicamente respuestas internas.

Para completar el análisis topográfico, además de identificar el triple sistema de respuestas es importante conocer los parámetros del sistema, es decir, cuantificar distintos parámetros, con el fin de obtener mayor información y determinar si el problema se manifiesta por exceso conductual (presencia excesiva de una conducta), o defecto (el déficit conductual es la escasa aparición de una conducta), para ello se puede recurrir a medir la frecuencia, duración, latencia, tiempo entre respuestas, intensidad y topografía.

Frecuencia: Es el número de ocurrencias de una determinada respuesta, en términos absolutos en la unidad de observación, en otras palabras, número de veces que aparece un acontecimiento por cada unidad de tiempo (p. e. 5 cefaleas al día, 4 ataques de pánico a la semana).

Duración: es el tiempo que dura un suceso determinado, de manera más precisa es el tiempo transcurrido entre el comienzo de la respuesta y su terminación (p. e. 40 minutos duró la migraña).

Latencia: es el tiempo transcurrido entre la presentación del estímulo y el inicio de la respuesta (p.e. 3 minutos entre la discusión con la pareja y el inicio de la migraña).

Tiempo entre respuestas: se refiere al tiempo transcurrido entre la terminación de una respuesta y el comienzo de la siguiente (p. e. 3 días entre dos episodios de migraña).

Intensidad: es la magnitud de los cambios experimentados o bien, la fuerza con que se emite una respuesta (p. e. tensión muscular medida con dinamómetro, uso de Escalas Visuales Análogas [EVA]. En

una escala de apreciación de 0 a 10: ¿qué tan intenso es el dolor?).

Topografía: descripción de la forma y/o movimientos que supone la emisión de una respuesta.

Una vez definidas las conductas-problema a través del análisis topográfico, la evaluación a completarse con la determinación de las variables que controlan dichas conductas. Y para ello se recurre al análisis funcional, recordando que la evaluación es un proceso continuo a lo largo del tratamiento.

Retroalimentación biológica

Es una herramienta importante para entender y tratar algunos problemas psicofisiológicos; se le puede considerar como una aplicación especial de procedimientos de condicionamiento operante. Tradicionalmente, moldear una conducta a través del manejo de contingencias ha sido aplicado a respuestas voluntarias. El punto clave de la biorretroalimentación consiste en haber descubierto que las técnicas de condicionamiento operante pueden utilizarse para modificar respuestas que tradicionalmente han sido consideradas como involuntarias (Shapiro y Crider, 1967).

Retroalimentación biológica supone la aplicación de métodos de condicionamiento operante al control de actividades viscerales, somatomotoras y del sistema nervioso central. La objetividad de la observación y el registro, la definición precisa, el análisis cuantitativo del cambio conductual, así como la investigación sistemática de los efectos de estímulos ambientales contingentes a cambios conductuales que son los inherentes en los métodos de condicionamiento operante, han contribuido en gran parte al desarrollo de la investigación empírica sobre la retroalimentación biológica. Los procedimientos experimentales básicos pueden describirse de la siguiente manera:

El sujeto se coloca en un ambiente controlado en el cual se identifica y registra la respuesta fisiológica a estudiar. Cuando ocurre el cambio de dicha respuesta se presenta una señal (auditiva o visual) que es información acerca del cambio en la actividad fi-

siológica. Los efectos contingentes se evalúan examinando los diversos tipos de cambio registrados, ya sea en la tasa de respuesta a través del tiempo o en la actividad fisiológica sobre ciertos períodos. El cambio apropiado en la actividad fisiológica se le presenta al sujeto por medio de un estímulo discreto, ya sea una luz, un tono o una señal. A través de la retroalimentación biológica se exploran las posibles relaciones entre los procesos fisiológicos y la conducta, así como el modo en que la conducta influye sobre los sistemas corporales. Los registros psicofisiológicos son los sistemas de medida para registrar estos parámetros (Vila, 1993; Cacioppo, Tassinari y Berntson, 2007).

La gama de aplicaciones terapéuticas ha sido muy amplia, desde los primeros estudios por Jacobson (1932) sobre la electrofisiología de las actividades mentales hasta otros donde la preocupación se centra en la influencia de la respiración sobre las técnicas de retroalimentación biológica (Conde-Pastor, Menéndez, Sanz y Vila-Abad, 2008) o la variabilidad de la frecuencia cardiaca para la reducción del estrés (Ebben, Kurbatov y Pollak, 2009; Zucker, Samuelson, Muench, Greenberg y Gevirtz, 2009) y el de Vázquez, Vital, Bravo, Jurado y Reynoso (2010) que utilizó una técnica de relajación para disminuir las cifras de presión arterial y frecuencia cardiaca en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Las técnicas y sistemas de registro son relativamente simples: se trata de que el paciente identifique señales fisiológicas de las cuales probablemente conozca su existencia, mas no sus valores. Así, se puede registrar la actividad eléctrica cerebral (EEG), la actividad eléctrica muscular (EMG), la resistencia galvánica de la piel (GSR), la amplitud del pulso, el electrocardiograma (EKG), la tensión arterial (TA), la temperatura cutánea, la frecuencia y amplitud respiratoria, el pH gástrico, el diámetro pupilar, entre otras (Anguiano y Reynoso, 2000). Con relación a las señales fisiológicas, éstas deben ser captadas, amplificadas y presentadas al paciente para su identificación. Las señales eléctricas

(EKG, EMG y EEG) son captadas por medio de electrodos, las mecánicas, como por ejemplo la amplitud del pulso, se capturan por medio de un transductor y la GSR se registra aplicando una corriente eléctrica entre dos puntos de la piel.

Finalmente, podríamos decir que la medicina conductual reconoce que la salud y la enfermedad son determinadas por diversos factores socio-ambientales, conductuales genéticos, bioquímicos y fisiológicos, que interactúan de manera compleja, por lo que su comprensión requiere de un entendimiento especializado de las relaciones entre estos factores. La medición y evaluación psicológica en el contexto de la medicina conductual se orienta entonces hacia la elaboración o uso de estrategias de medición, por medio de la aplicación, validación y construcción de instrumentos que puedan evaluar problemas relacionados con la salud y la enfermedad. Se debe considerar que la evaluación forma parte de la cotidianidad de la medicina conductual, ya sea que se opte intencionalmente por alternativas psicométricas, registros psicofisiológicos, conductuales, la historia de aprendizaje y las modalidades de modificación de conducta.

El papel de los psicólogos especializados en medicina conductual está en el uso y diseño de instrumentos para evaluar las conductas de riesgo para la salud, en la creación de programas de prevención y promoción de la salud y en el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad.

REFERENCIAS

Alarcón, A., y Muñoz, S. (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista médica de Chile*, 136, 125-130.

Anguiano S, y Reynoso L. (2000). Evaluación de respuestas psicofisiológicas en estudiantes sometidos a estrés mediante un videojuego. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 355-366.

Aragón, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7, 23-43.

Aragón, L. (2011). *Evaluación psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.

Aragón, L. y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Pax.

Avila-Ramos, E., Tron-Alvarez, R. y Reynoso-Eraza, L. (2003). *Un instrumento para medir la conducta tipo A en escolares*. Presentado en el XIII Coloquio de Investigación de la U.N.A.M. Iztacala, en diciembre de 1993.

Beck, A. T., Sterr, A. R. y Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the beck depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Baldwin, J. (1995). New manual to help primary care physicians diagnose mental illness. *Psychiatric Times* 11, 29.

Bedregal, P., Hernández, V., Yeomans, H., y Molina, H. (2013). Validez concurrente de un instrumento simple de evaluación del desarrollo infantil temprano para encuestas de hogares. *Revista médica de Chile*, 141, 409-410 .

Brody, D. S. (1980). Physician recognition of behavioral, psychological, and social aspects of medical care. *Archives of Internal Medicine*, 140, 1286-1289.

Buela Casal, G. y Sierra J.C. (1998). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España. Siglo XXI de España.

Cacioppo, J.T., Tassinary, L.G., y Berntson, G.G. (2007). *Handbook of psychophysiology*, 3rd edition. New York: Cambridge University Press.

Canudas González, M. (2005). *Manual para el Curso-taller Estrategias para la Evaluación en la Educación Superior*. México: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.

- Cattell, H. S. (1977). The role of trait assessment in clinical medicine. In S.E. Krug (Ed.), *Psychological assessment in medicine*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Conde-Pastor, M., Menéndez, F. J., Sanz, M. T., y Vila-Abad, E. (2008). The Influence of Respiration on Biofeedback Techniques. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33, 49-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-007-9048-4>
- Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychological testing* (4a ed.). New York: Harper.
- Ebben, M.R., Kurbatov, V., y Pollak, C.P. (2009). Moderating Laboratory Adaptation with the Use of a Heart-rate Variability Biofeedback Device (StressEraser). *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 245-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-009-9086-1>
- Fernández, R. (1996). *Introducción a la evaluación psicológica*. Salamanca: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J. A. (1986). *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Froján Parga, M. X., Montaña Fidalgo, M., Calero Elvira, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18, 797-803.
- Greenfield, S. (1993). The use of outcomes in medical practice application of the Medical Outcomes Study. In J. Couch(ed). *Healthcare quality management for the 21st century*. Tampa, FL: American College of Healthcare Executives.
- Guthrie, D. (1966). History of Medicine. *Eneye Britannica*, 15, 94.
- Herrmann, G. R., y Wilson, F. N. (1922). Dimentions of the heart. *Heart*, 9, 91.
- Hersch, L. y Staunton, V. (1995). Adapting to healthcare reform and managed care: Three strategies for survival and growth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 16-26.
- Jacobson, E. (1932). Electrophysiology of mental activities. *American Journal of Psychology*, 44, 677-694.
- Jensen, J. (1996). Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductual. En Buela-Casal, G., Caballo. V. y Sierra, C. (dirs.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España. Siglo XXI de España editores.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 5, 26-31.
- Kazdin, M. (1981). Assessment techniques for childhood depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 358-375.
- Kazdin, A. (1981). *Research design in clinical psychology*. New York: Academic Press.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lehrer, P. (2003). Applied Psychophysiology: Beyond the Boundaries of Biofeedback (Mending a Wall, a Brief History of Our Field, and Applications to Control of the Muscles and Cardiorespiratory Systems). *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28, 291-304.
- Leibovich de Figueroa, N. y Schmidt, V. (2008). Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 12, 21-28.
- Lewis, T. (1914). About the heart. *Heart*, 5, 367.
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5, 23-29.
- Martínez, R. (1996). *Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis Psicológica.

- Martínez Miguelez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma Maracay*, 27, 7-33.
- Müller, W. (1833). *Die Massenverhältnisse der menschlichen Herzens*. Leopold Voss, Hamburg and Leipzig.
- Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C., de la Carrera, C. y Molina, A. (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton. Estudio preliminar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41, 31-38 doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000100005>
- Oliden, P. E. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-321.
- Reyes Lagunes, I. (1993). Las Redes Semánticas Naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: una perspectiva conductual*. México: El Manual Moderno. (ISBN: 970-729-097-8).
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, C. y Anguiano-Serrano, S. (2013). *Residencia en Medicina Conductual*. En: <http://posgrado.iztacala.unam.mx/mconductual/>
- Ribes, E. (1995). Causalidad y contingencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 21, 123-142.
- Roa Cubaque, M., Ospina, J. M., Monroy Toro, C. J., Díaz Moreno F. H., Vega Reyes I. A. (2012). Determinación de la validez y consistencia interna como indicador de confiabilidad del test de Glover Nilsson en la dependencia psicológica al tabaquismo. *Salud, Historia y Sanidad*, 7, 17-30.
- Sánchez-López, P., y Aparicio, M. (2001). Estilo de vida: avances en su medida y sus relaciones con otros conceptos psicológicos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19, 5-26.
- Shapiro, D., y Crider, A. (1967). Operant electrodermal conditioning under multiple schedules of reinforcement. *Psychophysiology*, 4, 168-175.
- Thompson, W. P., y White, P. D. (1936). About the size of the heart. *American Heart Journal*, 12, 641.
- Vazquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-Gonzalez, M. C., Jurado-Cardenas, S. y Reynoso Erazo, L. (2010). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1-2, 35-43.
- Vila, J. (1993). Registros psicofisiológicos. En Fernández-Ballesteros, R. *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Walen, J. (1985). *Use of short-term general hospitals by patients with psychiatric diagnoses* (DHHS Publication No. PHS-86-3395). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Werkman, S. L., Mallory, J. y Harris, J. (1996). The common psychiatric problems in family practice. *Psychosomatics* 17, 119-122.
- Zucker, T. L., Samuelson, K. W., Muench, F., Greenberg, M. A. y Gevirtz, R. N. (2009). The effects of respiratory sinus arrhythmia biofeedback on heart rate variability and post-traumatic stress disorder symptoms: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 34, 135-143.

(página en blanco)

CAPÍTULO 6

Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario

María Cristina Bravo González y Mayra Alejandra Mora-Miranda

Introducción

Dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el proceso de evaluación resulta una herramienta fundamental e imprescindible para el proceso terapéutico dado que permite identificar, organizar y sistematizar la información proporcionada por el usuario, para diseñar y ofrecer un tratamiento de acuerdo a las características del mismo. Es por esta razón, que conocer los elementos y la lógica que le subyacen, es un elemento clave para cualquier terapia que dirija sus intervenciones con un enfoque cognitivo-conductual, tanto para explicar la conducta problema, como para elaborar una propuesta de intervención articulada.

Una pieza fundamental que compone al proceso de evaluación conductual es el análisis funcional, cuya historia data desde los inicios del condicionamiento operante y se ha consolidado hasta el día de hoy como un elemento característico de la TCC ya que permite establecer un vínculo entre el análisis de los motivos de consulta, las conductas problema y la elaboración del plan terapéutico, por ello, tiene la facultad de relacionar y darle sentido de continuidad a todo el proceso de evaluación e intervención psicológica. El presente capítulo tiene por objetivo presentar las características del análisis funcional, sus peculiaridades en el ámbito hospitalario y su vinculación con la elaboración de programas de intervención basados en la TCC.

Antecedentes

Hablar de Análisis Funcional remite, de manera ineludible, a los trabajos de B.F. Skinner, primero dentro del Análisis Experimental de la Conducta y posteriormente dentro del Análisis Conductual Aplicado. Dentro de la perspectiva del primero, el concepto de Análisis Funcional (AF) se mencionó por primera vez en el texto *Verbal Behavior* (Skinner, 1957), reflexionando que ‘causa y efecto’ eran intercambiables, es decir, que la ‘causa’ es un ‘cambio en una variable independiente’, mientras que ‘efecto’ es un ‘cambio en una variable dependiente’, por lo que las antiguas relaciones causales las consideró ahora como relaciones funcionales (Reep y Horner, 2000). Por tanto, desde sus orígenes en el conductismo radical, con el término AF se designó al proceso por medio del cual se identifican relaciones funcionales entre estímulos y respuestas (Muñoz, 2003).

En el área experimental, el AF es una fuente de datos, ya que permite variar y controlar las condiciones en las que se presenta una conducta, por lo que es posible afirmar, sin lugar a dudas, qué factores elicitán y mantienen una conducta; en sus primeros usos, Skinner (1953, en Phares y Trull, 2000; O’Brien y Haynes, 1997) se refería con él a la importancia de la conducta manifiesta y los elementos medioambientales que la controlan (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012), por lo que en sus inicios, el AF hacía referencia la realización de un análisis sistemático y exacto

acerca de la relación entre la conducta problema, aquellos eventos que la anteceden y aquellos que la preceden, de tal manera que se lograsen identificar aquellos factores capaces de evocar o mantener comportamientos (Harris y Glasberg, 2007).

Desde el Análisis Conductual Aplicado, y a lo largo de la evolución de los modelos conductuales en psicología, se ha incluido al AF en la evaluación conductual como modelo explicativo de la conducta humana, cuyas aplicaciones se han diversificado, entre otros, a problemas organizacionales, educativos, clínicos y relacionados con el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, en todos estos ámbitos, se ha tratado de mantener el rasgo distintivo, en palabras de Reep y Horner (2000, p. 2), de: *“explicar la función del problema que se presenta...en términos de entornos presentes y pasados, y luego cambiar el entorno, de tal modo que la conducta apropiada conduzca a la misma función, generalmente con más eficacia que la conducta problema que se había producido”*.

En este sentido, pese a que no fue su objetivo central, Skinner (1974, en Castro y Angel, 1998) sentó las bases para un modelo de formulación clínica a través de su modelo de triple relación de contingencia, a partir del cual es posible identificar regularidades entre eventos comportamentales y el ambiente, los cuales facilitan la identificación de variables a modificar. Es decir, el AF favorecerá la identificación de condiciones bajo las que se producen las conductas problema, además de determinar las consecuencias de esos actos para cada situación/individuo particular, de ahí que las estrategias para modificar la conducta puedan ser variables aun cuando las situaciones problema sean en apariencia similares; estas características, lo han constituido en la piedra angular de la Evaluación Conductual.

Generalidades del Proceso de Evaluación Conductual

Pese a que existen diferentes modelos conductuales en psicología, y, como señalan Caycedo, Ballesteros y Novoa (2008), varían en las categorías contempladas,

los métodos que recomiendan para derivar hipótesis y el énfasis en los diferentes procedimientos y elementos de la formulación de caso, Fernández-Ballesteros (1994b) afirma que comparten características, “ya que su objetivo es el análisis científico del comportamiento humano, cuentan con el método experimental como fundamental fuente de hallazgos” (p. 85), y en resumen, es el estudio del comportamiento y de los principios que regulan el aprendizaje.

Del mismo modo, el proceso de evaluación conductual es común a todos los modelos con orientación conductual, el cual, desde sus orígenes se consideró como la respuesta a las necesidades de evaluación de la terapia y modificación de conducta (Goldfried y Pomeranz, 1968, en Fernández-Ballesteros, 1994a), al considerarse una alternativa a la evaluación tradicional y al mismo tiempo, proporcionar una metodología de evaluación congruente con los supuestos básicos (sobre aprendizaje y cogniciones) y aportar indicaciones puntuales sobre las áreas de interés de la evaluación y los procedimientos necesarios (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2011), es decir, comparten el énfasis en la importancia de la formulación en el diseño y elección del tratamiento, así como en el énfasis que se le proporciona a la coherencia conceptual (Caycedo et al., 2008).

Este proceso se caracteriza por su enfoque idiográfico -individual- (Phares y Trull, 2000), donde el sujeto es evaluado de forma específica, tanto en los comportamientos problema como en la selección de variables ambientales que los controlan o mantienen en el momento presente; este enfoque es uno de los rasgos característicos en psicología clínica y en cualquier ámbito aplicado, como el de salud, donde se busca establecer relaciones entre variables para un individuo, además analizar cómo responde al tratamiento.

En la actualidad, la Evaluación Conductual (EC) se ha modificado sustancialmente, desde los supuestos del conductismo radical hasta la incorporación de eventos internos (cognitivos), las variables de tipo organísmicas (Díaz et al., 2011), y su integración en la Terapia cognitivo-conductual; además de

aceptar progresivamente las aportaciones de otros modelos que tratan de explicar el comportamiento, por ejemplo los sistemas de clasificación como el DSM V.

La evaluación conductual es una alternativa a la evaluación tradicional, que proporciona una metodología idiográfica congruente con los supuestos sobre los que subyace el modelo cognitivo-conductual, útil para caracterizar la conducta problema, elegir las variables sobre las que se ha de intervenir y valorar los resultados de la intervención, por lo que se considera un proceso que articula y guía la forma de proceder dentro de la terapia cognitivo-conductual.

La EC constituye un paradigma de evaluación psicológica a partir del cual, de acuerdo con Díaz et al., (2011), se lleva a cabo el proceso de evaluación e influye en el enfoque, contexto, individuos, forma, instrumentos de evaluación, integración de los datos, elaboración de juicios clínicos y las decisiones que se toman con base en ellos; en conclusión, es un proceso que articula y guía la forma de proceder dentro de la terapia cognitivo-conductual. Formalmente, se puede definir a la EC como un enfoque de evaluación psicológica que está fundamentado en el empleo de técnicas de medición con el menor nivel de inferencia o susceptibles de interpretación, el empleo de medidas confiables y válidas, la identificación de relaciones funcionales y el establecimiento de conclusiones y formas de intervención específicas (Heiby y Haynes, 2004); por ello, la evaluación puede resumirse como un proceso por medio del cual se toman decisiones sobre lo que ocurre a un individuo (Fernández-Ballesteros, 1994b).

La EC es un proceso continuo que tiene como objetivos identificar las características de determinado problema psicológico, delimitar las estrategias específicas de la intervención psicológica, proporcionar información acerca de la eficacia de las herramientas empleadas, valorar de manera general

la efectividad del tratamiento, así como las variables situacionales que pudieran conducir a una recurrencia (Godoy, A., 1991; Muñoz, 2001; Phares y Trull, 2000).

Así, es claro que la EC “...es un proceso que implica distintos ejes, momentos y tareas, que se organizan mediante la metodología científica y que tiene como principal objetivo la planificación del tratamiento” (Muñoz, 2003, p. 17). Es importante señalar, pese al acuerdo sobre su utilidad, que dependiendo del autor, pueden encontrarse como sinónimos conceptos como EC (Muñoz, 2001; Muñoz, 2003), análisis funcional (Segura, Sánchez y Barbado, 1995; Reep y Horner, 2000) análisis conductual y formulación de casos (Godoy, 1991; Koch, Stewart y Stuart, 2010; Westbrook, Mueller, Kennerley y McManus, 2010); empero, en este texto, se aludirá al proceso de evaluación conductual, debido a que se considera que éste es más amplio que sólo la formulación del caso o la realización del análisis funcional, más aún, como señala Muñoz (2003) la *evaluación* implica un proceso general más amplio, mientras que *análisis* alude a operaciones o tareas concretas que se realizan dentro del proceso de evaluación y en ese sentido, en palabras de Haynes (1998, en Muñoz, 2003) el AF es una modalidad de formulación clínica, la cual se enmarca en el enfoque conductual.

La EC es un proceso continuo que ocurre antes, durante y después del tratamiento, por medio del cual se toman decisiones clínicas sobre lo que le sucede a un individuo. Por tanto, se considera una aproximación particularmente enfocada al tratamiento y cambio conductual.

Otra situación relativamente problemática, se refiere al hecho de que en la actualidad no hay consenso acerca de los pasos que se deben seguir en este proceso, debido a que los elementos principales varían entre autores (Muñoz, 2001). Por ejemplo, Godoy (1991) sostiene que son tres las fases principales que distinguen la formulación de casos (con-

siderándolo equivalente al proceso de evaluación conductual): 1) la selección y operacionalización de las conductas problema, 2) la selección de las mejores técnicas de intervención para incidir sobre las conductas descritas; y, 3) la valoración de los efectos producidos por la intervención realizada. Mientras que para Muñoz (2003) las fases principales son dos: la evaluación, que a su vez se divide en tres tareas y el tratamiento. En la Figura 6.1 se muestra un esquema que ilustra este proceso.

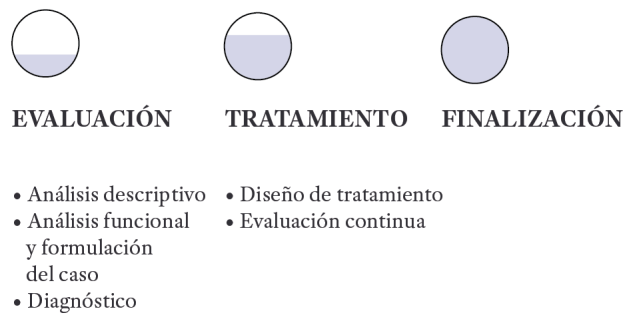


Figura 6.1. Principales fases y tareas de la Evaluación Conductual.

En resumen, las metas de la evaluación conductual, incluyen: a) considerar la interacción y dependencia recíproca entre el proceso de evaluación propiamente dicho y las estrategias de intervención para cada caso; b) evaluar el problema, por tanto se realizan diversos tipos de análisis para obtener un diagnóstico; c) seleccionar e instrumentar estrategias de intervención coherentes con los resultados de la evaluación previa; d) analizar los resultados, a la luz de la trascendencia de la terapia, el índice de cambio y la eficacia de las técnicas de intervención. Por ello, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (1994b), el proceso de evaluación conductual es una aproximación particularmente enfocada al tratamiento y cambio conductual.

Como puede concluirse, de la revisión de las distintas propuestas de fases o etapas del proceso de evaluación conductual, el análisis funcional es una de las tareas que lo componen, sin embargo es quizá la pieza clave para comprender y enlazar a la evaluación con la intervención, por lo que a continuación se des-

cribirá con mayor detalle sus características, ventajas y limitaciones.

Análisis Funcional

Antes de comenzar con la explicación sobre las características del Análisis Funcional (AF), es importante tener presente algunas consideraciones sobre el término funcional en el contexto de la evaluación conductual. De acuerdo a Fernández-Ballesteros (1994b), ha de reconocerse que una variable (conducta problema) está en función de otras variables (contextuales, personales u orgánicas), con las que no solo mantienen una asociación de tipo predictivo, sino que además permiten generar una posible explicación funcional. Díaz et al., (2011) mencionan que el término funcional puede emplearse de dos maneras: una se refiere al efecto que una conducta tiene sobre el contexto, es decir, al propósito o función que la conducta de un individuo tiene sobre su medio; la segunda se refiere a la relación de contingencia que se establece entre dos variables, donde una cambia en función de la presencia o ausencia de la otra.

El término funcional puede entenderse como el *efecto o propósito* que una conducta tiene sobre el contexto; por otro lado, se refiere a la relación de *contingencia*, es decir, a que una variable cambie si la otra se encuentra *presente o ausente*.

La relevancia de este concepto radica en que parte del principio de que el comportamiento se aprende y se mantiene en el tiempo debido a las consecuencias que se generan de la ejecución de éste. Y por lo tanto, en esencia, el psicólogo clínico debe de reconocer aquellos estímulos que precipitan/detonan la probabilidad de ocurrencia de cierto comportamiento y determinar qué eventos subsecuentes a la conducta problema son los que posibilitan su mantenimiento (Phares y Trull, 2000).

Si bien el AF es el componente esencial del análisis conductual, es relevante hacer hincapié en

que toma como base el análisis topográfico o descriptivo (Fernández-Ballesteros, 1994b). Este análisis favorece la identificación y delimitación de las conductas problema a través de varias tareas, principalmente, elaboración de listas de conductas problema, análisis de secuencias, análisis de parámetros de la conducta (ver Muñoz, 2001). Por tanto, se debe hacer la distinción entre el análisis topográfico y el funcional ya que como lo mencionan algunos autores (Godoy, A., 1991; Muñoz, 2001; Salamero, Peri y Gutiérrez, 2003), recopilar información se puede quedar sólo en la elaboración de un análisis operante o topográfico y no de una identificación de variables asociadas al problema en términos funcionales, además, como señala Muñoz (2003, p. 169) “el análisis descriptivo es una labor central y necesaria, pero no suficiente para el establecimiento de un tratamiento”, lo cual es fundamental en el proceso de intervención.

El análisis de un problema psicológico se divide en dos: *descriptivo* (identificación de las conductas problema, conformación de secuencias conductuales y establecimiento de parámetros de la conducta) y *funcional* (modelo explicativo -aunque tentativo- de la conducta problema, establece la hipótesis de mantenimiento y fundamenta la intervención).

El AF, al tener como meta principal el retomar toda la información descriptiva -antes ya recopilada- y darle un sentido funcional mediante la formulación de hipótesis, proveerá al clínico de las herramientas necesarias para establecer relaciones funcionales, las cuales de acuerdo con Muñoz (2001), se caracterizan porque:

- Implican covarianza entre variables (pueden ser causales o correlacionales; importantes o triviales; controlables o no), es decir, hay una relación funcional cuando dos variables mantienen una varianza compartida.
- Son probabilísticas, debido a los errores en la medición.

- No son exclusivas, ya que pueden existir variables que no se identificaron que también afecten la relación.
- Una variable independiente puede ser necesaria (Y no ocurre nunca sin X), suficiente (Y ocurre cuando X ocurre, es decir, X es suficiente para causar Y), necesaria y suficiente (Y ocurre cuando ocurre X y además Y nunca ocurre sin X) (Muñoz, 2003) para una relación funcional.
- Son susceptibles de descripción en términos matemáticos.
- Tienen dominios de funcionamiento (contextos).
- Varían en su nivel y deben ser empleadas en el más relevante para cada caso, pueden ser microsociales (individuales) o macrosociales (comunitarias).
- Las causales pueden ser recíprocas o bidireccionales.
- Requieren de la variable independiente (acontecimiento causal) que precede en el tiempo a la variable dependiente (acontecimiento causado).

Bajo estas consideraciones, puede comprenderse el papel que tiene el AF dentro del proceso de evaluación conductual, especialmente con respecto a la formulación del caso, ya que proporciona un modelo explicativo (Muñoz, 2001) de las conductas problema, que puede definirse como un resumen de los problemas del paciente y de las variables con las que correlacionan, y que, de forma hipotética afectan a esos problemas (Haynes y O'Brien, 2000). Por tanto, como se mencionó previamente, consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del usuario y que se pueden controlar para un cambio (Díaz et al., 2011), y a partir de ello, “crear una verdadera teoría clínica del caso que dé razón de todos los sucesos observados en el análisis descriptivo y añada información funcional a la etiqueta diagnóstica elegida” (Muñoz, 2003, p. 171).

Hoy en día el concepto de Análisis Funcional se ha refinado a tal punto, que es posible no sólo

identificar aquellos comportamientos problema, precedentes y de mantenimiento; sino que posibilita formular hipótesis y derivar, por añadidura, los objetivos de tratamiento, así como la selección de las estrategias de intervención más adecuadas, y ser así una herramienta muy poderosa para el psicólogo en ámbitos clínicos o de la salud.

Así, para los fines de este capítulo, se entenderá al AF como aquel modelo conceptual o proceso para identificar las relaciones funcionales causales, importantes y controlables, que pueden aplicarse a un conjunto particular de conductas meta para un individuo (Haynes y O'Brien, 1990), mediante la recopilación de información acerca de los factores situacionales y conductuales que controlan varios aspectos topográficos de la conducta problema (Muñoz, 2001; O'Brien y Haynes, 1997).

Formalmente, el AF se define, de acuerdo con Díaz et al., (2011, p. 119), "como el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta". Así, puede resumirse como un sistema de organización de la información relevante en la evaluación clínica, basado en la identificación de relaciones funcionales entre las conductas problema y eventos ambientales, históricos y personales. El AF, por tanto, permite establecer una red multicausal que sirve de base a la comprensión del mantenimiento del comportamiento y al diseño de la intervención.

Así, las metas que se pretende alcanzar con el AF son (Díaz et al., 2011):

- Aportar respuestas o hipótesis acerca de las causas del comportamiento de un individuo, lo cual incluye identificar las necesidades particulares o ganancias secundarias que tiene un individuo a través de ciertas conductas.
- Aprender de las personas, sus problemas y necesidades antes de intervenir: ello disminuye el riesgo de fracaso en el tratamiento. de tal modo

que el diseño se hace a medida de cada individuo.

- Ayudar al clínico para tomar decisiones clínicas complejas y obtener el máximo beneficio del tratamiento.

O'Brien y Haynes (1997) proponen que todo AF incluye las siguientes dos variables:

1. Topografía de las conductas analizadas. Se refiere a todas las características topográficas que tiene una situación problema y son:
 - Respuesta general, que se subdivide en el sistema compuesto por los tres niveles de respuesta: fisiológico, motor y cognitivo-afectivo.
 - Magnitud de la respuesta general o grado de cambio.
 - Características temporales conocidas como parámetros de respuesta: frecuencia, duración, intensidad, latencia y nivel de cambio.
 - Variabilidad de la respuesta.
 - Nivel de reducción, ya sea individual, intraorgánico o inferior.

Es importante señalar que a pesar de que se recomienda hacer uso de todas estas características para la elaboración del análisis funcional, se abre la posibilidad de combinar estas variables de manera específica dependiendo de la problemática de la que se trate.

2. Topografía de los factores determinantes. Esta característica del AF hace mención a la topografía de todos aquellos factores que pudieran controlar la conducta. Los cuales se pueden dividir en dos dimensiones:
 - Las situacionales. Ambientes específicos (denominados escenarios de conducta) donde aparece un patrón de conducta estable, los cuales pueden ser ambientales físicos inanimados y ambientales físicos animados (humanos o no humanos).
 - Las intraindividuales. Son aquellas situaciones internas (cognitivo-verbales, afectivo psicológicas y motrices) que pudieran estar controlando algún aspecto de la topografía de la conducta,

de hecho, estos tienen la facultad de explicar la variabilidad de la topografía de la respuesta.

Muñoz (2003) por su parte, señala que no existen normas ni procedimientos tipificados para el establecimiento de las relaciones funcionales, y consecuentemente, para la elaboración del AF, sin embargo, proporciona algunas recomendaciones útiles:

1. Contar con un análisis descriptivo previo y a partir de él, leer y observar cuidadosamente las representaciones gráficas de las secuencias.
2. Estudiar detenidamente los parámetros de la conducta y las relaciones de contingencia observados.
3. Elaborar un análisis de la evolución del problema, considerando los eventos vitales estresantes, los tratamientos previos, mejoras, recaídas y cualquier covariación de sucesos y problemas.
4. Identificar las variables y sus niveles de funcionamiento en una secuencia.
5. Identificar los procesos biológicos, psicológicos y/o sociales relacionados con el problema. Esto implica rastrear los posibles procesos que pueden estar afectando las secuencias o el problema en general.

Una manera que se ha encontrado particularmente útil en la formación de terapeutas, en la práctica de psicología clínica en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, es seguir el modelo de Kanfer y Saslow (1969), principalmente para la elaboración del análisis descriptivo (secuencial) y posteriormente para establecer el AF. De acuerdo con ese modelo, se favorece que se formule el AF de acuerdo a siete elementos:

1. Características del organismo (sexo, edad, estado civil, apariencia física, peso, ingesta actual de medicamentos), que favorecen identificar algunas variables que pueden facilitar u obstaculizar la puesta en marcha de determinadas estrategias de intervención.

2. Definir la conducta de interés o conducta problema (en sus tres niveles de respuesta: motor, cognitivo-afectivo y fisiológico).
3. Explicitar las situaciones estímulo antecedente (ante qué situaciones se hace altamente probable que aparezca la conducta, incluyendo elementos tanto de tipo conductual, como fisiológicos y/o cognitivo-afectivos).
4. Explicitar las consecuencias, es decir qué es lo que, probablemente, está manteniendo la conducta, tanto a nivel inmediato como mediato.
5. Señalar los acontecimientos históricos relacionados con el problema, así como los sucesos vitales estresantes que puedan estar relacionados con la conducta de interés.
6. Incluir información sobre variables moduladoras como las habilidades con las que cuenta o los déficits conductuales del individuo y también si las variables cognitivo-culturales juegan un papel importante para el origen, desarrollo o mantenimiento de la conducta problema.
7. Describir a qué aspectos de la secuencia/variables del modelo secuencial se va a dirigir la intervención, en qué nivel(es) de respuesta(s), qué justifica la elección de esa(s) variable(s) y nivel(es) de intervención, a través de qué técnica(s) de intervención se piensa dirigir el tratamiento, qué metas se esperan alcanzar.

A continuación se presentan dos ejemplos de AF de acuerdo con los elementos antes descritos (ver Tabla 6.1).

Ejemplo, caso 1. Se presenta a consulta el Sr. E., de 66 años de edad, viudo, tiene seis hijos aunque vive solo, es pensionado y actualmente trabaja en su casa de mecánico; acude por un problema que reporta como “depresión”, la cual define como cansancio, decaimiento, la “armonía se baja”, desubicado, se siente molesto consigo mismo. Esta situación se caracteriza a nivel motor porque se sale a la calle, platica con amigos, escucha música,

se pone a leer, ve televisión, fuma y a veces no puede dormir, piensa que lo que le pasa es debido a la muerte de sus padres y su esposa, a que se encuentra solo, piensa que tiene derecho a rehacer su vida, “¿qué no habrá alguien en quien confiar?” Físicamente se siente cansado y agotado, a veces le duelen las piernas.

Esto se hace altamente probable cuando se encuentra en su casa, le ocurre a cualquier hora del día y cuando piensa en sus padres y esposa y en tener una nueva pareja, piensa “*soy un ser humano y no hay (mujeres) pues no voy a salir a buscar a la calle*”, piensa en la soledad en que se encuentra y que le hace falta una compañera. La conducta problema puede estar mantenida porque piensa “*estoy mal, me estoy dejando llevar por los problemas que he tenido (muerte de los padres y esposa) y estoy desubicado,*” procura estar tranquilo y trata de desechar sus pensamientos saliéndose a la calle y caminando un poco; algunas veces ha retrasado la entrega de su trabajo. Al Sr. E. le gusta salir a caminar, practicar deportes (alpinismo, excursionismo y natación), leer, escuchar música y ver televisión. Considera que debe mantener una imagen ante sus hijos y no quiere que lo vean acobardado, por lo tanto no desea comentar sus problemas con sus hijos para no preocuparlos y causarles problemas, también es importante señalar que recibió una educación tradicionalista, donde el hombre es el fuerte y pilar de la casa.

De acuerdo con el análisis anterior se considera que el tratamiento se enfoque a nivel cognitivo, tanto en las situaciones estímulo antecedentes y las consecuencias, además de favorecer el incremento de actividades gratificantes, debido a que se identifican diversos tipos de pensamientos disfuncionales que intensifican la sensación de depresión, por lo tanto se propone un tratamiento en reestructuración cognitiva para modificar dichas cogniciones, así como favorecer la planeación de actividades gratificantes con lo que se espera que el usuario tenga una perspectiva funcional sobre la necesidad de tener una pareja y mejore su estado de ánimo.

Ejemplo, caso 2. Se presenta a consulta la Sra. L. de 25 años de edad, es divorciada y tiene dos hijos, de 5 y 4 años de edad, respectivamente. Reporta que “*desea recuperar la seguridad en sí misma y que su actitud no le afecte a sus hijos*”; la problemática se caracteriza a nivel motor por las discusiones frecuentes con su madre y a nivel cognitivo porque las decisiones que toma son influenciadas por su madre y tiene miedo de hacer cosas que le son necesarias. Lo anterior se hace altamente probable cuando su madre hace comentarios acerca de su trabajo, su arreglo personal, las personas con quien sale y el decirle que parece una puta porque cada vez que sale va a un hotel, además, cuando hace comentarios sobre el cuidado de sus hijos; ocasionalmente, su padre la regaña por llegar después de la hora estipulada. Esta situación probablemente es mantenida porque la Sra. L. se siente chantajeada y presionada por su madre y tiene miedo de hacer cosas que ella considera necesarias e importantes. Por otro lado, la mamá de la Sra. L. le deja de hablar, llora, se molesta, se queja por teléfono con otra de sus hijas. Es importante señalar que la Sra. L. es divorciada y por ello regresó a vivir a casa de sus padres. Por otro lado, dentro de las variables orgánicas se encontró que la Sra. L. no tiene habilidades para tomar decisiones por sí misma, ni para negociar o discutir sus puntos de vista; otro aspecto importante es que a la Sra. L. se le inculcó que a su mamá siempre había que complacerla y que ella merece todo porque “*es lo máximo*”. Cabe señalar que el padre de la Sra. L. se ve influenciado por lo que diga la gente, por lo tanto le preocupa “*el qué dirán,*” por otra parte su madre no acepta que se haya divorciado.

De acuerdo con lo anterior, se considera que la intervención se dirija tanto a la conducta de interés como a las características de la Sra. L. con respecto a sus habilidades y los valores cognitivo culturales, debido a que presenta una serie de creencias y déficits conductuales que dificultan la interacción

con su madre, por lo tanto se propone un entrenamiento en habilidades sociales, manejo de contingencias y solución de problemas, los cuales le permitan a la paciente afrontar las situaciones de interacción con su madre de una manera efectiva.

Tabla 6.1. Dos ejemplos de análisis funcional.

Sin embargo, independientemente del modelo que se siga para la elaboración del AF, éste tiene por objetivos (Haynes, 2009):

- Intentar dar respuesta a preguntas como ¿Dónde centrar el tratamiento en pacientes con múltiples problemas complejos interrelacionados?
- Identificar las variables y relaciones funcionales para una conducta problema:
 - Variables desencadenantes
 - Variables de mantenimiento
 - Parámetros de la conducta

Sobre este último punto, es importante considerar que las relaciones funcionales varían en función de los contextos y las variables organizativas (aquellas variables relativamente estables en una persona, de tipo físico, psicológicas o fisiológicas) o moduladoras de estas relaciones.

La función de la conducta tiene implicaciones directas para las decisiones con respecto al tratamiento (Díaz et al., 2011). Por ejemplo, intervenir sobre los antecedentes de la conducta problema o sobre la modificación de algunos parámetros probablemente implicará modificar la conducta. En otro caso, sin embargo, cuando la conducta problema cumple determinada función, la intervención debiera favorecer que el individuo adquiriera conductas que cubran las necesidades que eran atendidas por la conducta problema. Por tanto, cualquier estrategia que se introduzca en la intervención debe apoyarse de la elaboración del AF.

Pese a los diversos modelos y recomendaciones para la elaboración del AF, su elaboración incluir información sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta.

Díaz et al., (2011) señalan que la idea central del AF, desde la idea original de Skinner es que la conducta tiene un propósito, y por tanto, el objetivo final es comprender la función de la conducta problema. Y más allá de considerar a la conducta problema como desadaptativa, debe entenderse que las conductas problema tienen claros beneficios o ganancias para quien la emite. De este modo, cuando se están identificando consecuencias de la conducta problema, es importante considerar los posibles propósitos:

1. Atención social, la cual es uno de los más poderosos reforzadores para las personas.
2. Tangibles, se refiere a poseer ciertos objetos, los cuales pueden ser cedidos por terceras personas.
3. Escape o evitación de situaciones que generan un malestar intenso.
4. Estimulación sensorial, que se busca para compensar el déficit que se presenta en el contexto del individuo, por lo que éste busca experimentar sensaciones intensas.

Un punto que resulta importante señalar corresponde a la necesidad de ampliar el AF cuando el individuo presenta más de un problema psicológico relevante (lo cual ocurre en la inmensa mayoría de los casos), en estos casos, es necesario establecer las relaciones entre los diversos problemas, por lo que, de acuerdo con Muñoz (2003) resulta pertinente ampliar las hipótesis funcionales a esquemas más amplios que incluyan el desarrollo y las relaciones entre los problemas del individuo y proporcionen un panorama lo más amplio posible de la situación, lo cual implicaría elaborar la formulación clínica del caso, es decir, presentar un conjunto de hipótesis que pongan en relación toda la información disponible sobre

el caso para explicar el origen, desarrollo, mantenimiento y pronóstico del mismo. De este modo, el AF debe ser capaz de explicar el origen, curso y funcionamiento actual de cada problema de manera independiente y, al mismo tiempo, favorecer la elaboración de un pronóstico sobre la evolución de dichos problemas. En resumen, cuando se tienen múltiples problemas, es necesaria la estimación de las relaciones funcionales entre los problemas del usuario y las variables causales, para obtener el máximo efecto del tratamiento (Haynes, 2009).

Al terminar el AF se esperaría haber clarificado, o por lo menos, haber generado algunas hipótesis viables sobre las causas y la función de una determinada conducta, y posterior a ello, debe completarse con el contraste de hipótesis, lo cual se realizará con la puesta en marcha del programa de intervención.

Una vez que se ha recopilado la información de la conducta problema, descrito topográficamente y encontrado relaciones funcionales que estuvieran perpetuándola, correspondería tal y como lo menciona Muñoz (2001) a elaborar hipótesis acerca del caso, que pudiesen no sólo explicar la cadena de sucesos conductuales, sino proporcionar información relevante con respecto a cuáles serían las guías de acción para el establecimiento de objetivos terapéuticos, conocido como análisis de soluciones, o contraste de hipótesis, el cual puede hacer uso de estrategias cualitativas, cuantitativas, experimentales o cuasiexperimentales.

En este sentido, se distinguen dos clases de hipótesis: las históricas y las de mantenimiento (Muñoz, 2001). Las primeras, a pesar de ser las menos estudiadas, hacen alusión tanto a la primera vez en que el usuario identifica que se presentó la conducta problema y cómo es que ésta ha evolucionado a lo largo del tiempo con la intención no de contrastarlas, sino más bien de obtener información relevante acerca de los factores predisposicionales, la primera secuencia conductual y el contexto temporal en que esta ocurre para así incidir en ésta de forma más efectiva.

Las hipótesis de mantenimiento son aquellas

que resultan de la suma de diversas actividades clínicas, que influyen la observación, el estudio de los parámetros, el análisis de las contingencias y la consideración de aspectos temporales. Que en resumidas cuentas expliquen por qué los individuos se comportan de determinada forma, qué elementos tanto internos como ambientales la determinan y cómo es que se puede incidir en esta cadena de comportamientos.

Independientemente del modelo de AF que el terapeuta decida seguir, es una tarea que implica una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo, principalmente fuera de las sesiones, debido a que requiere contar con información relevante, la cual puede demorarse dependiendo del método de evaluación que se elija; requiere también la elaboración de un análisis descriptivo de dicha información, a partir del cual se fundamentará el AF y se puede estar en posibilidad de formular hipótesis del caso y determinar las metas y estrategias de la intervención. Aunque no hay un consenso con respecto al tiempo en que estas actividades debieran completarse, algunos autores como Muñoz (2003) han señalado que son suficientes alrededor de 4 sesiones.

Algunas limitaciones del Análisis funcional

El AF, pese a ser la piedra angular en la evaluación conductual, no está exento de limitaciones, las cuales han de ser consideradas por el psicólogo encargado de analizar la información. Algunas de éstas son:

- *El AF es "hipotético"* (supuesto por el clínico) y se prueba o contrasta por los efectos de la terapia (Haynes, 2009), sin embargo, ello implica el riesgo de irlo modificando o adecuando al paso del tiempo para que el contraste de hipótesis resulte favorable.
- *El AF es incompleto*: lo cual depende de los métodos a partir del cual se haya elaborado y de los instrumentos de obtención de información, ya que no siempre es cuidadosa, metódica ni sistemática. Esta limitación puede hacerse más amplia al utilizar estrategias de AF indirecto (ela-

borado a través de entrevistas, cuestionarios, autoinformes, registros), y tiende a controlarse mejor cuando se elabora un AF directo (con información obtenida a través de observaciones directas) (Díaz et al., 2011). El AF indirecto es el más utilizado y por ello es ampliamente flexible, ya que al paso del tiempo pueden agregarse variables que permitan una explicación más amplia del comportamiento.

- *Las relaciones funcionales son dinámicas*, es decir, no permanecen estables en el tiempo (Haynes, 2009; Haynes & Williams, 2003); como señala Muñoz (2003), las relaciones que se establecen para un momento de la vida cambiarán con el paso del tiempo, por ejemplo, si ocurre un cambio en alguna variable moderadora, es probable que la conducta problema se altere, por lo tanto, el clínico debe estar pendiente de esas variaciones e incorporarlas, en lo posible, al AF.
- *El AF refleja los sesgos del clínico* (Haynes, 2009; Haynes & Williams, 2003), respecto al área de intervención y las técnicas de intervención, no existen reglas concretas que precisen la selección y análisis de las conductas problema. Por ejemplo, un clínico puede generar AF más orientados a la modificación de cogniciones para la mayoría de sus casos, debido a que tiene un mayor entrenamiento en tales estrategias, por lo que sistemáticamente puede dejar en segundo plano las necesidades de intervención en áreas conductuales.

Por otro lado, puede haber varias propuestas de tratamiento para un mismo cliente, por lo que no hay claridad con respecto a los criterios que se emplean para recomendar un tipo de tratamiento, sin embargo, como afirma Muñoz (2003), no es imprescindible que el AF sea idéntico para garantizar la efectividad del tratamiento.

- Existen diversas maneras de elaborarlo, *no existe UNA sola forma*, es decir, se presentan diversos requerimientos para su elaboración (ver O'Brien

y Hanes, 1997; Díaz et al., 2011), aunque la mayoría coincide en al menos tres aspectos básicos: definición de la conducta problema, identificación de antecedentes y consecuentes de dicha conducta.

- *Es equiparable a estrategias de intervención nomotéticas*. No se han encontrado diferencias importantes en los resultados de intervenciones basadas en criterios diagnósticos como el DSM y las intervenciones basadas en AF, por lo que para muchos autores, son equivalentes y el primero puede sustituir al segundo. A modo de ejemplo, consúltese el texto que editan Ladouceur, Fontaine y Cottraux (1994), donde se presentan 31 casos de problemas psicológicos y las consideraciones tomadas en cuenta, en líneas generales, para elaborar el análisis funcional (muchos de ellos muestran solo los criterios del DSM), entendido como parte de la elaboración del diagnóstico. Muñoz (2003) proporciona otro ejemplo al describir el estudio del Proyecto Bochum de Terapia de la Ansiedad donde comparan los tratamientos en tres grupos: uno siguiendo un tratamiento protocolizado, otro con tratamiento basado en AF y un tercer grupo con tratamiento emparejado a los del grupo 2, pero sin AF previo, los resultados muestran que aunque todos los grupos mejoraron, el del tratamiento estándar lo hizo antes.
- Al ser individualizado, no se puede replicar en su contenido, aunque si en la metodología, sin embargo, como señala Haynes (2009), un tratamiento con base idiográfica es más efectivo que uno estándar o protocolizado; aunado a ello, Caycedo et al. (2008) indican que la selección de la intervención más eficaz para el usuario, es aquella que depende de la identificación de variables relevantes y no de la etiqueta diagnóstica que mejor se ajuste a su conducta.

Estas limitaciones, sin embargo, no significan una amenaza para el AF, ya que sigue completamente vigente (Díaz et al., 2011), generando traba-

jos que muestran su empleo y eficacia dentro de la evaluación conductual (véanse, a modo de ejemplo, Bowman, Hardesty y Mendres-Smith, 2013; Caycedo et al., 2008; Thomason-Sassi, Iwata y Fritz, 2013; Virués, 2004; Wacker et al., 2013, por citar algunos), por lo que es indudable que es un modelo que permite establecer relaciones causales, así como entender la variabilidad de la conducta en términos de adaptación ambiental.

Diseño de programa de intervención

En los modelos cognitivo conductuales, los usuarios tienen un papel activo, y en conjunto con el terapeuta, establecen las metas a las que se quiere llegar al término de la terapia, luego de la devolución de información, es decir, de la explicación que el terapeuta hace al usuario sobre su opinión acerca de sus problemas, su pronóstico y la intervención (Muñoz, 2003), por tanto se les proporciona el plan de tratamiento de tal modo que saben la secuencia y las diversas actividades que se van a realizar. De acuerdo con Díaz et al., (2011) la intervención habrá llegado a su fin, idealmente, cuando se hayan logrado los objetivos finales de la intervención; sin embargo, es importante entrenar al usuario en habilidades y estrategias que favorezcan la generalización y el mantenimiento de los cambios alcanzados.

Diseñar un plan de tratamiento a la medida de cada individuo conlleva la evaluación exhaustiva y cuidadosa, además de las tareas implicadas en la elaboración del AF antes descritas, y como señalan Cormier y Cormier (1994), esto favorece la selección racional de las estrategias de intervención individualizadas para cada caso.

Una vez que se ha establecido el modelo explicativo de la conducta problema, se definen los objetivos terapéuticos, ya que éstos definirán las metas a alcanzar y la selección de las estrategias de intervención, con lo que formalmente se inicia el diseño del programa de intervención. Por tanto, queda claro que es necesario plantear en primera instancia las metas y posteriormente las estrategias a utilizar, ya

que éstas constituyen en el medio por el cual se pretende alcanzar las primeras.

Al diseñar una intervención psicológica, han de considerarse dos preguntas clave: ¿dónde intervenir? (en respuestas, consecuencias, antecedentes, variables de desarrollo, estrategias de enfrentamiento o por diagnóstico) y ¿cuándo intervenir? (criterios de gravedad, adherencia y de jerarquía de habilidades).

Al momento de diseñar una intervención, el terapeuta se enfrenta a dos grandes preguntas, ¿dónde intervenir? y ¿cuándo intervenir?, sobre ambas cuestiones Muñoz (2003) menciona diversos lineamientos que pueden ayudar a resolver estas interrogantes. Con respecto a dónde intervenir, también denominado selección de las variables, se señalan seis estrategias:

- a. Basadas en las respuestas, es decir, organizar los conjuntos de respuesta en términos de jerarquía de respuestas o cadenas de respuestas, donde es más sencillo intervenir en la primera respuesta de una secuencia y esperar a que las demás se modifiquen en una “reacción en cadena”.
- b. Basadas en las consecuencias, en algunos casos se identifica claramente que algunos eventos están manteniendo la conducta problema, por lo que es necesario modificarlos a partir de programas de manejo de contingencias.
- c. Basadas en los antecedentes, se refiere a aquellos casos en donde se identifica que hay situaciones o estímulos que controlan el problema o bien que inciden -elicitan- en su aparición, en estos casos, la caracterización adecuada de la situación estimular que es indispensable para la adecuada selección del tratamiento.
- d. Relacionadas con el desarrollo, al analizar el desarrollo de los problemas se pueden identificar variables que a lo largo de la vida pueden tener un papel central en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los problemas; este tipo de estrategia representa ciertos retos, ya que la mayoría de los

- eventos de desarrollo son inmodificables, pueden encontrarse datos sobre patrones de comportamiento anterior que se han mantenido sobre periodos largos de la vida del usuario y que pueden explicar parte de su comportamiento actual.
- e. Cambiar estrategias de enfrentamiento. En muchos casos se identifican conjuntos particulares de respuesta que se agrupan bajo denominaciones como habilidades, competencias o estilos de enfrentamiento, ya sea por excesos o déficit, que tienen un papel fundamental en la conducta problema, y por lo tanto, es necesario favorecer que éstos sean adaptativos.
- f. Basadas en diagnóstico y estrategias nomotéticas. Implican la revisión de sistemas de diagnóstico y clasificación como el DSM, aunque también pueden dirigirse a la revisión de los principales modelos teóricos elaborados para explicar los diversos trastornos y analizar con cierto detalle, qué tanto se ajustan los problemas de un individuo en particular a la descripción proporcionada por el modelo; dentro de esta estrategia, se incluye a la experiencia clínica anterior, ya sea con casos propios o publicados por otros, que puedan tener similitudes con el caso actual y pueda servir de guía en la identificación de variables y técnicas de intervención a considerar.

Por otro lado, respecto a cuándo intervenir, o a la decisión sobre la temporalidad de la intervención, Muñoz (2001; 2003) indica tres criterios básicos:

- Criterios de gravedad. Es el criterio que se atiende en primer lugar, ya que la mayoría de las intervenciones se dirige, prioritariamente, a resolver las situaciones que representan mayor gravedad o malestar social o individual.
- Criterios constructivos o de jerarquía de habilidades. El tratamiento debe considerar inicialmente el entrenamiento en habilidades básicas y poco a poco, ir incrementando la complejidad, ajustándose al principio de aproximaciones sucesivas.

- Criterios de adherencia. Inicialmente incluir técnicas muy eficaces, con cambios fáciles de identificar, para favorecer una mayor adherencia. También se sugiere preferir la intervención en comportamientos que produzcan generalizaciones rápidas, y por ende, mayor reforzamiento, en el medio social.

Aunque es sumamente útil considerar los criterios antes descritos para el diseño de la intervención, y pese al acuerdo generalizado sobre las ventajas de que ésta sea individualizada, preferentemente luego de la elaboración del AF y la formulación del caso; no es abundante la literatura que, de forma explícita, señale cuáles son los elementos que conforman un programa de intervención. De acuerdo a la experiencia docente de las autoras en la práctica clínica, se propone que un programa de intervención conste de los componentes que se describen a continuación.

Componentes del programa de intervención

En resumen, el plan de tratamiento o diseño de la intervención especifica qué técnicas se van a aplicar sobre qué problemas y en qué sucesión temporal. Sin embargo, hasta el momento se ha obviado señalar algunas características importantes de los programas de intervención: en primer lugar, dado que la Terapia Cognitivo-Conductual, en su conjunto, se caracteriza por ser una terapia breve, en términos generales, se considera que el proceso de intervención debe estructurarse de tal modo que se ajuste a ese criterio, de tal suerte que se plantea que en un promedio de 20 a 30 sesiones de psicoterapia podrían alcanzarse los objetivos terapéuticos; empero, el número real de sesiones puede variar considerablemente entre usuarios debido a la problemática que presentan, al nivel de participación y adherencia al proceso y al tipo de técnicas que se decidan emplear en el caso; adicionalmente, al estar basada en el desempeño o en alcanzar un nivel de ejecución mínimo (conocido también como criterio de cambio), esto significa que

los avances se miden a partir del logro de objetivos, no por el número de sesiones.

Objetivos de la intervención

El primer elemento del programa de intervención consiste en la redacción de los objetivos terapéuticos, los cuales se establecen con el propósito de delimitar las metas de la terapia, es decir, hasta dónde habrá de llegarse con la intervención y qué se pretende lograr. El planteamiento de los objetivos de la intervención es una tarea que debe abordarse en conjunto con el usuario, debido a que, en la mayoría de los casos, sus objetivos no necesariamente coinciden con los objetivos del terapeuta; sin embargo, es una función de éste el incluir los objetivos del primero con la finalidad de que el tratamiento esté ajustado a sus necesidades y posibilidades (Muñoz, 2003).

De acuerdo con Gavino (1997), existen dos tipos de objetivos terapéuticos: objetivos finales, que son aquellos que al alcanzarse indican el final de la intervención, regularmente estos objetivos están dirigidos a que haya una mejoría (que las quejas se modifiquen), se alcancen las metas del usuario (conseguir las demandas) y que no surjan nuevas quejas como resultado de la intervención; en resumen, implican la solución del problema del paciente

Díaz et al. (2011) señalan algunos elementos a tener presentes en la elaboración de objetivos de la intervención u objetivos finales:

- Elegir comportamientos que son o pueden ser potencialmente peligrosos o dañinos para el usuario o terceras personas.
- Modificar los comportamientos que provocan malestar en el usuario o en otros.
- Centrarse en los comportamientos que promuevan la adaptación social, la autonomía y la funcionalidad del individuo.
- Cambiar aquellos aspectos del comportamiento que favorecerían el incremento y flexibilidad del repertorio de conductas y que favorecerían la adaptación.

- Diseñar el plan de intervención en términos positivos y constructivos.

Sobre el orden en que debe plantearse el logro de los diversos objetivos, existen diversos criterios, Godoy, J. (1991) indica iniciar con la conducta más molesta, la más fácil de modificar, la que tenga mayores probabilidades de generalización o la primera conducta de una cadena comportamental; sin embargo, no existe universalidad en los criterios y de acuerdo con Díaz et al. (2011) se recomienda usar el juicio clínico sobre el análisis funcional para elegir cómo comenzar, aunque también sugieren comenzar con algún problema que permita obtener resultados suficientemente gratificantes que motiven al individuo a mantenerse en el proceso de terapia.

La segunda clase de objetivos son los intermedios u objetivos particulares, en los cuales se presentan los pasos que permiten llegar a los objetivos finales; en general este tipo de objetivos se conforman por las variables sobre las que se aplica el tratamiento (Gavino, 1997) y tienen una estrecha relación con las técnicas de intervención con las que se decida trabajar.

En la redacción de ambos tipos de objetivos, es importante que cumpla con las siguientes características (Muñoz, 2001; 2003):

- Nivel descriptivo en su definición.
- Énfasis en que el sujeto obtenga un nivel de ejecución efectivo en su ambiente.
- Incluir situaciones y contextos en su definición.
- Ser individualizados y surgir del análisis funcional.
- Redactarse en forma positiva sobre lo que debe ocurrir, no sobre lo que se va a eliminar.
- Considerar las jerarquías de habilidades y las conductas de acceso (prerrequisitos conductuales).
- Considerar criterios de adaptación, validez social y legalidad.
- Redactarse en función del usuario y no del terapeuta, es decir, preferir señalar lo que se espera que logre el paciente, en lugar de las

actividades que realizará el terapeuta. Por ejemplo: la paciente nombrará las diferencias entre la conducta asertiva, pasiva y agresiva, se prefiere a: el terapeuta explicará la diferencia entre comunicación asertiva, pasiva y agresiva.

Además, es necesario que cumplan con la redacción de verbos que preferentemente sean observables, medibles y cuantificables, por ejemplo nombrar, identificar, señalar, se prefieren en lugar de aprender, saber, conocer, ya que este tipo de verbos no da cuenta de cómo ese aprendizaje o conocimiento se dio, en cambio, los verbos conductuales pueden indicar con toda claridad el tipo de productos/actividades que se requieren para considerar que se ha alcanzado el objetivo.

Los objetivos terapéuticos, se dividen en dos grandes grupos: los generales o finales (indican el final de la intervención) y los objetivos intermedios o particulares (representan los pasos o etapas a través de las cuales se alcanzará la meta final).

Procedimiento y/o técnicas a emplear

De acuerdo con los objetivos terapéuticos planteados, se seleccionarán las técnicas con las que se pueden alcanzar dichos objetivos. Como se señaló previamente, el análisis funcional indica los elementos concretos que han de modificarse para alcanzar las metas de la intervención. Sin embargo, existen por lo menos otras tres estrategias que pueden facilitar la elección del tratamiento (Díaz et al., 2011; Godoy, 1991; Muñoz, 2001; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006; Salamero, Peri y Gutiérrez, 2003): a) la conducta clave, que consiste en identificar la primera conducta de una cadena conductual y favorecer su modificación esperando que con ello, se modifiquen el resto de conductas pertenecientes a esa cadena; b) la estrategia diagnóstica, que sugiere elegir algún tratamiento que haya demostrado ser eficaz en usuarios con el mismo diagnóstico y ponerlo en marcha adecuando la intervención al caso concreto; c) la estrategia de la guía teórica.

De manera complementaria, Muñoz (2003) señala que si el terapeuta va a plantear por completo la intervención (es decir, no adaptará ningún protocolo o intervención estandarizada), debe considerar en la

elección de las técnicas los siguientes argumentos: Los objetivos terapéuticos, se dividen en dos grandes grupos: los generales o finales (indican el final de la intervención) y los objetivos intermedios o particulares (representan los pasos o etapas a través de las cuales se alcanzará la meta final).

1. La(s) técnica(s) seleccionada(s) debe contar con un cuerpo de investigación que fundamente su empleo para el tipo de variables a modificar, no de trastornos, ya que un mismo trastorno puede tener diversas explicaciones funcionales.
2. Debe existir la posibilidad real de ponerla en marcha con cierta garantía de eficacia, es decir, las características del usuario, el tipo de problemática y los recursos con los que cuenta, hacen viable la aplicación de la técnica.
3. La capacitación y experiencia del terapeuta con la técnica en cuestión es fundamental; esto tiene implicaciones éticas importantes, ya que supone que el psicólogo no debe aplicar una técnica o procedimiento para el que no está plenamente capacitado.
4. Considerar con prioridad aquellas técnicas que pueden ser más económicas, de tal manera que, en igualdad de condiciones de efectividad para el control o modificación de una variable, debe elegirse aquella que tenga menores costos.
5. Identificar los recursos, soluciones y estrategias con las que cuenta el individuo.

La selección de técnicas que formarán el programa de intervención, además de estar determinada por alguna(s) de las estrategias antes mencionadas, también va a estar modulada por diversos factores (Cormier y Cormier, 1994; Díaz et al., 2011) como el tipo de problemática a tratar (incluyendo gravedad, severidad, sistema de respuesta predominante, entre otros), las características del paciente (edad, capacidad física, intelectual, recursos cognitivos con los que cuenta), las del contexto donde se lleva a cabo la intervención (consultorio privado, institución, hospitalización) y, como ya se mencionó, las características del terapeuta (capacitación, experiencia profesional).

En la mayoría de los casos, es necesaria la combinación de varias estrategias de intervención, por lo que se hace necesario seleccionar y ordenar secuencialmente dichas estrategias; así, de acuerdo con Cormier y Cormier (1994), un programa terapéutico bien estructurado integrará todas las técnicas y/o procedimientos necesarios para manipular las habilidades conductuales, las destrezas cognitivas, las respuestas afectivas, los procesos fisiológicos y los factores ambientales relacionados con la conducta problema. Ya que se seleccionaron las estrategias de intervención, se aplicarán en el orden previamente establecido (de acuerdo con los objetivos intermedios), aunque el tratamiento debe tener la suficiente flexibilidad como para adaptarse al usuario e incorporar los imprevistos que puedan surgir; la evaluación del progreso de la terapia debe realizarse sesión a sesión, de este modo se puede comprobar el logro de los objetivos y de no ser así, será necesario modificar la técnica empleada, la secuencia de intervención, las metas del tratamiento o las hipótesis a partir de las cuales se generó el tratamiento (Díaz et al., 2011).

Concretamente, de acuerdo con los objetivos finales e intermedios que se hayan planteado para resolver una problemática particular, las técnicas a utilizar se han de describir como procedimientos, en este sentido es importante diferenciar éstos de los que se reportan en una investigación donde se describen detalladamente cada uno de los pasos a seguir en el estudio. En este caso, el procedimiento implica nombrar las técnicas y/o la fase de éstas que han de emplearse para cubrir un objetivo intermedio o particular, por ejemplo, en el caso del objetivo intermedio: *Julia enunciará las características del comportamiento agresivo, pasivo y asertivo, la técnica es Entrenamiento en habilidades sociales, con procedimientos de psicoeducación, modelamiento y ensayo conductual.*

Actividades a realizar en la sesión

De acuerdo con los objetivos particulares o inter-

medios y las técnicas de intervención, se llevarán a cabo una serie de actividades durante la sesión, éstas representan los medios para lograr el establecimiento de una conducta objetivo/meta (expresada como objetivo particular), en otras palabras, son aquellas acciones que se realiza para potenciar que el usuario alcance el objetivo.

Las actividades se dividen en actividades del terapeuta y actividades del paciente o usuario. En las primeras se describe qué hará el terapeuta durante la sesión, de acuerdo con el objetivo particular y la técnica, mientras que las segundas son las actividades que realizará el paciente en la sesión, éstas deben tener correspondencia con las actividades del terapeuta. Por ejemplo, las actividades del terapeuta pueden incluir: 1. describir y ejemplificar los estilos de enfrentamiento a una crítica; 2. modelar diversas formas asertivas de afrontar una crítica; 3. proponer situaciones para llevar a cabo el juego de roles. 4. retroalimentar la ejecución del paciente. En contraparte, las actividades del usuario, de acuerdo con las actividades del terapeuta antes señaladas, podrían ser: 1. escuchar la conferencia sobre los estilos de enfrentamiento de críticas; formulará preguntas y dará ejemplos sobre éstos; 2. observar la ejecución del terapeuta; 3. participar en el juego de roles, ejecutando formas asertivas para afrontar una crítica; 4. escuchar la retroalimentación de su ejecución.

Como puede observarse, es necesario delimitar todas las actividades que habrán de realizarse para alcanzar cada objetivo particular, tanto del terapeuta como del paciente, siempre en congruencia con el objetivo particular y la técnica antes mencionados.

Asignación de tareas

Las tareas para casa son uno de los elementos primordiales de la TCC, todo terapeuta experimentado sabe que la terapia exitosa depende de las actividades del usuario fuera de la consulta, ya que es ahí donde éste tiene los problemas, en la vida cotidiana y en situaciones reales, no dentro del consultorio. Dentro del programa de intervención, han de asignarse ta-

reas para casa por cada objetivo particular, las cuales pueden consistir en registros, búsqueda de información, práctica de habilidades, etcétera.

Cualquier tarea asignada siempre debe tener un objetivo y ser meditada sobre el modo en que incidirá en la problemática del paciente. Generalmente, las tareas para casa sirven para propiciar situaciones de práctica en ambientes reales, con lo que se acelera el proceso terapéutico, además de que se anima al paciente a poner el proceso bajo su control.

Existen diversos beneficios derivados del empleo de las tareas para casa:

- *Acceso a conductas privadas.* Es un enfoque que hace que la terapia continúe en ausencia del terapeuta, es muy útil para las conductas que no pueden observarse fácilmente dentro del consultorio.
- *Eficacia del tratamiento.* Las nuevas habilidades requieren ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares diferentes. La práctica que se limita al tiempo de la sesión no habrá concluido el trabajo.
- *Mayor autocontrol.* Implicar a los pacientes en su propio tratamiento fuera de las horas de terapia puede ayudar a que se vean como los principales agentes de cambio y motivarlos para que actúen en beneficio de sus intereses.
- *Transferencia del entrenamiento.* Una de las tareas que enfrenta el terapeuta consiste en ayudar al paciente a transferir lo que ha aprendido durante la terapia al mundo exterior. El asignar tareas en casa puede facilitar esta labor, sobre todo cuando se induce desde los primeros momentos del proceso.

Para la asignación de tareas hay que considerar varios factores, los primeros tienen que ver con el grado de complejidad y la cantidad para que el paciente pueda llevarla a cabo, en este sentido lo más recomendable es asignar tareas sencillas que sean fáciles de registrar o practicar y poco a poco ir aumentando la complejidad y cantidad de las mismas, de

este modo, es más probable que el paciente se motive con los éxitos obtenidos en las tareas sencillas que ante los fracasos por una tarea compleja y abundante no cumplida.

También hay que considerar qué elementos o prerrequisitos son necesarios para la realización de una tarea, ya que en muchas ocasiones, se requiere de un repertorio conductual específico previo para la realización de una tarea, por ejemplo, en el caso de la desensibilización sistemática primero es necesario asegurarse que el paciente es capaz de relajarse efectivamente antes de sugerir los emparejamientos con los estímulos que provocan ansiedad.

Otro aspecto a considerar, es la adecuada especificación sobre el contenido de tarea, en qué le va a beneficiar, cuáles son sus propósitos y enseñarle al paciente a hacerla en la sesión, de manera que se asegure que ha entendido la tarea a realizar. En prácticamente todos los textos sobre terapia cognitivo-conductual se incluye una amplia cantidad y diversidad de formatos de registro y se sugieren algunas tareas de acuerdo con las distintas técnicas de intervención, sin embargo no siempre pueden emplearse tal cual dichas sugerencias, por lo que es necesario ser muy cuidadoso en la selección de los formatos y tareas, y en muchos casos es preferible adaptarlos o crear otros de acuerdo con las características del paciente.

Finalmente, es obligada la revisión de la tarea. Inicialmente, servirá para afianzar la relación terapéutica, al revisarse en conjunto con el usuario, por otro lado, deben reforzarse positivamente todos los esfuerzos hechos por el individuo en la realización de las tareas, tanto si las realiza exitosamente como si no, en este último caso, el terapeuta debe insistir en nuevas tareas, recalando que lleva tiempo aprender y dominar nuevas habilidades. En esta misma revisión, el terapeuta debe preguntar por los obstáculos o limitaciones encontradas durante la realización de la tarea, verificar si contribuye al logro del objetivo particular o al criterio de cambio, y, de ser necesario, reformular, reasignar o cambiar por otra.

Criterios de cambio

Como se señaló previamente, los programas de intervención congruentes con el proceso de evaluación conductual, están basados en el logro de un nivel de desempeño mínimo. Por tanto, muy relacionado con los objetivos particulares se encuentran los criterios de cambio, que son los requisitos que han de alcanzarse antes de pasar a otro objetivo particular, ya sea en la misma sesión o entre sesiones, dicho de otra manera, estos criterios implican establecer un nivel de desempeño mínimo o límite para saber cuándo se alcanzará un objetivo y/o especificar cuándo cambiar al siguiente objetivo específico.

Estos criterios generalmente se redactan en términos cuantitativos (en porcentajes, frecuencia o duración, entre otros parámetros), y deben ser coherentes con los objetivos, las tareas y las técnicas de evaluación; además pueden establecerse varios criterios de cambio para valorar la ejecución de la conducta en varias situaciones. Establecer criterios de cambio en la ejecución de la conducta tiene varios beneficios, entre ellos: determinar la calidad de los productos de los pacientes; ayudar a contrastar y evaluar adecuadamente la ejecución de la persona; y, comprobar si se ha dominado o no la habilidad al indicar el nivel de capacidad que se requiere.

En algunas ocasiones las tareas que se asignan pueden considerarse un criterio de cambio, siempre y cuando se definan en los términos cuantitativos adecuados. Algunos ejemplos de criterios de cambio son: mostrar comportamientos asertivos para enfrentar una crítica al menos en 80% durante el juego de roles, o mostrar al menos un 80% de respuestas asertivas en el registro de la interacción con mujeres.

Técnicas de evaluación

Se encuentran estrechamente vinculadas con los criterios de cambio, ya que en este punto se especifica de qué manera se va a evaluar el cumplimiento de un objetivo, para pasar al siguiente. Este elemento es importante ya que aquí habrán de definirse los

procedimientos o herramientas que van a emplearse, ya sea en los criterios de cambio o en las tareas. Al igual que en los criterios de cambio, el registro asignado como tarea puede considerarse como técnica de evaluación, ya que probablemente a partir de ese registro se delimitará si el paciente alcanzó o no los requisitos planteados en el objetivo particular.

Sin embargo, los procedimientos de evaluación no se limitan a los registros o tareas para casa, incluyen la observación de comportamientos en la sesión, llenado de cuestionarios, entrevista con otros significativos, y cualquier otro método de evaluación convencional, etcétera; además, para evaluar un objetivo particular, del mismo modo que los criterios de cambio, pueden establecerse varias técnicas de evaluación. La elección del procedimiento debe ser congruente al mismo tiempo con el objetivo particular, las tareas y los criterios de cambio. Algunos ejemplos de técnicas de observación, pueden ser: la observación de la ejecución durante el juego de roles o, autorregistro de situaciones de enfrentamiento de críticas.

En resumen, los elementos que constituyen el programa de intervención se muestran en la Tabla 6.2. En la Tabla 6.3 se presenta, a modo de ejemplo, parte del programa de intervención de acuerdo con el Caso 1 presentado anteriormente. idad en este mismo capítulo.

Análisis funcional y programas de intervención en el ámbito hospitalario

Como se ha descrito en capítulos previos, padecer una enfermedad crónica generará complejos y diversos problemas psicológicos tanto en la persona como en el contexto donde ésta interactúa; por lo que los problemas comportamentales de estas personas difieren significativamente de los que presentan poblaciones sin enfermedades físicas. La efectividad del modelo cognitivo conductual en problemáticas psicológicas asociadas a enfermedades físicas, se ha demostrado de forma contundente y existen una cantidad abrumadora de ejemplos, por lo que muchos profesionales de salud ven en la Terapia Cognitivo-

OBJETIVO(S) GENERAL(ES)						
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación
		Terapeuta	Usuario			

Tabla 6.2. Elementos que constituyen el programa de intervención.

OBJETIVO(S) GENERAL(ES)						
Objetivo particular	Técnica o procedimiento	Actividades		Tareas	Criterios de cambio	Técnicas de evaluación
		Terapeuta	Usuario			
El paciente describirá la importancia de la realización de actividades distintas a las que lleva a cabo en su vida cotidiana.	Planeación de actividades: psicoeducación.	Explicar la importancia de las actividades. Poner ejemplos. Solicitar ejemplos. Asignar tarea.	Poner atención, escuchar y hacer preguntas. Proporcionar ejemplos.	Elaborar un listado de al menos 5 actividades de interés que por alguna razón no ha podido realizar.	Los ejemplos han de estar acordes con la explicación en un 85%. Entregar un listado con aquellas actividades de su interés que no ha podido realizar.	Reporte verbal. Listado de actividades.
El paciente describirá la importancia de los pensamientos para explicar la conducta.	Terapia Cognitiva de Beck Explicación del modelo.	Explicar el modelo ABC y el papel de los pensamientos. Proporcionar y solicitar ejemplos.	Poner atención, escuchar y hacer preguntas. Proporcionar ejemplos.	Ninguna.	Ejemplos de forma oral del modelo ABC y de sus propios pensamientos.	Los ejemplos han de ser correctos en un 90%, de acuerdo a la explicación.
El paciente identificará sus pensamientos distorsionados.	Terapia Cognitiva de Beck: Identificación de pensamientos distorsionados del modelo.	Explicar tipos de pensamientos, distorsiones cognitivas y la forma de registro. Proporcionar y solicitar ejemplos por escrito. Asignar tarea.	Poner atención, escuchar y hacer preguntas. Proporcionar ejemplos. Completará un registro de pensamientos.	Registrar por escrito los pensamientos en situaciones que generen malestar durante una semana.	Los ejemplos han de ser correctos en un 90%. Los registros serán correctos en un 80%.	Ejemplos por escrito de pensamientos y distorsiones. Llenar un registro de pensamientos automáticos. Llegar a conclusiones en el debate.

Tabla 6.3. El programa de intervención para el caso 1 (ver antes).

Conductual un coadyuvante en el tratamiento de sus pacientes (Sanders, Surawy, Zahl y Salt, 2010).

Y, aunque en Medicina Conductual, al igual que en contextos clínicos convencionales, establecer las relaciones causales suele hacerse a partir de la información recabada por el terapeuta en la interacción con el usuario mediante diversas estrategias de evaluación (entrevistas, autoinformes, autorregistro, etcétera), no suele ser una tarea fácil, debido a que las personas con enfermedades crónicas presentan una serie de respuestas y reacciones a la enfermedad idiosincráticas y que están matizadas, al mismo tiempo, por una gran diversidad de factores.

En el ámbito hospitalario, particularmente en las problemáticas psicológicas -comportamentales- asociadas con padecer enfermedades crónico-degenerativas, la evaluación de éstas no en todos los casos se realiza cuidadosamente, entre otras razones debido a que el tiempo en que puede elaborarse es muy limitado, alrededor de 4 o 5 días en promedio; las situaciones que potencialmente pueden generar o incrementar los problemas psicológicos son poco estables en el tiempo, es decir, hay cambios continuos que dificultan el establecimiento de relaciones funcionales entre los eventos y las conductas problema; en la mayoría de los casos, los individuos no han identificado su comportamiento como problemático, y por tanto no consideran la necesidad de modificar su conducta.

Estas características, favorecen lo señalado por O'Brien y Haynes (1997), respecto a que, desgraciadamente en muchos de los casos, no se realiza un análisis funcional, ya sea por la dificultad tanto teórica como metodológica que dicha ejecución supone o por la carencia de métodos sistemáticos y refutables que permitan organizar las complejas relaciones entre conductas. Aunado a ello, Cormier y Cormier (1994) indican que muchos terapeutas con poca experiencia, tienden a tomar decisiones prematuras con respecto a las estrategias de intervención, lo cual, en la mayoría de los casos, supone resultados poco favorecedores

para el usuario; en ese sentido, indican que “siempre es prematuro sugerir un plan de acción salvo que el problema del cliente haya sido adecuadamente evaluado” (p. 369).

Así, debe tenerse presente que, de acuerdo con Muñoz (2003), la elaboración del AF y las consecuentes hipótesis es uno de los momentos más difíciles de la evaluación conductual, y que la tarea se hace más compleja en personas que padecen alguna enfermedad, ya que implican que el psicólogo recurra al acervo de conocimientos derivados del avance de la psicología en general, de los modelos de terapia cognitivo-conductual en particular (y más específicamente de los diversos modelos teóricos que se enmarcan en este concepto), de las características de la enfermedad, así como de las repercusiones que ésta conlleva en la vida del individuo, para generar una explicación sobre cómo y por qué ocurre(n) la(s) conducta(s) problema(s).

Con base en estas consideraciones, podría suponerse que la evaluación conductual en el ámbito hospitalario es una tarea imposible; sin embargo, la parte final de este capítulo pretende señalar algunos lineamientos generales que pueden facilitar tanto el proceso de evaluación (y el consiguiente Análisis Funcional), como la elaboración de un programa de intervención.

En primer lugar, hay que tener presente el contexto en el que se lleva a cabo la intervención psicológica, debido a que las condiciones, expectativas y objetivos varían en función de éste. Un grupo de usuarios por atender son aquellos que son referidos por el personal de salud durante el curso de la hospitalización, los cuales, en la mayoría de los casos, estarán dentro de la institución, en promedio 4 o 5 días, sin embargo esto es sumamente variable, de acuerdo a la situación por la cual se encuentre hospitalizado (por ejemplo, programado para cirugía, para recibir tratamiento, a consecuencia de una emergencia o efectos secundarios, etcétera); otra condición que afectará la realización de la evaluación y posible intervención es la condición física de la persona, es

decir, las condiciones serán completamente distintas en personas que se encuentran, aunque débiles, conscientes y orientadas, en comparación con aquellas que se encuentren tan agotados que no pueden ni hablar o que se encuentran sedados a causa del dolor intenso; un ejemplo más se encuentra en la necesidad que tenga el personal de salud de que el paciente muestre señales de cambio.

La atención psicológica en el hospital se encuentra matizada por una diversidad de variables a las cuales el médico conductual en formación debe atender, sin embargo, ello no justifica realizar intervenciones precipitadas, poco estructuradas y con poco valor terapéutico por no contar con una conducta problema claramente identificada y analizada.

Estas situaciones (por citar solo algunas de la multitud de condicionantes que pueden presentarse), ilustran el hecho de que el médico conductual, en la atención de personas hospitalizadas, debe maximizar el tiempo disponible, considerando todos los posibles factores que pueden incidir en su evaluación e intervención, de este modo se sugiere:

1. *Comenzar a identificar conductas problema desde el primer contacto con el paciente*, independientemente de lo que puedan referir tanto el personal de salud como otros significativos. Debido a que la mayoría de las personas tiene varias conductas problema que le gustaría modificar, ceñirse a los criterios señalados previamente con respecto a cuándo intervenir (Muñoz, 2001; 2003): el más molesto, el más fácil o el de mayor adherencia.
2. *Invertir el tiempo disponible en obtener información necesaria y relevante*, esto es muy importante, ya que en pocos casos se sabe con precisión cuánto tiempo hay disponible ni cómo evolucionará la condición física del paciente.
3. *Dirigir la evaluación a la identificación de antecedentes y posibles consecuentes de la principal conducta problema* y tratar de establecer regularidades para esos eventos. De tal manera que se

tengan elementos mínimos para establecer relaciones funcionales entre variables muy concretas.

4. Si no es de vital importancia (casos en crisis), *evitar la implementación de estrategias de intervención improvisadas*, es preferible dedicar un poco más de tiempo a una evaluación más cuidadosa que la intervención prematura.

A continuación se presenta un ejemplo de evaluación y análisis funcional en una persona hospitalizada (ver Tabla 6.4.).

A.V., paciente femenina de 31 años de edad, soltera, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica, hospitalizada para la aplicación de quimioterapia (**Variabes organísmicas**). Refiere deseos de abandonar el tratamiento, lo cual se caracteriza a nivel motor por inquietud, llanto fácil, movimientos estereotipados de manos y pies; a nivel cognitivo se han identificado pensamientos disfuncionales de tipo catastrófico, maximización, imperativos personales y generalización excesiva, acerca de la estancia hospitalaria, tratamiento (procedimientos) y pronóstico de la enfermedad; mientras que a nivel fisiológico experimenta tensión muscular, respiración acelerada y opresión en el pecho (palpitaciones). (**Definición de la conducta objetivo**). Cuando la paciente se enfrenta al tratamiento o a la hospitalización, surgen distorsiones cognitivas que disparan las respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y motor, que dificultan la realización de procedimientos médicos y la estancia en hospitalización (**identificación de antecedentes**), lo cual a su vez “confirma” y exagera el surgimiento de dichas cogniciones iniciales, estableciendo un círculo vicioso mantenido a su vez por el déficit de la paciente (**identificación de consecuentes**) para identificar cogniciones y manejarlas adecuadamente. Por ello, es necesario intervenir en el nivel cognitivo, favorecer la adquisición de habilidades para modificar dichas cogniciones y por tanto, permanezca en tratamiento. (E. Blas, comunicación personal, 21/10/13).

Tabla 6.4. Ejemplo de análisis funcional en el ámbito hospitalario.

Como puede observarse en el ejemplo, se integran la mayoría de los elementos señalados por Díaz et al., (2011), para la realización de un modelo funcional, entre paréntesis y en negritas:

1. Definir la conducta objetivo en términos concretos
2. Identificar los antecedentes de la conducta objetivo
3. Identificar las variables orgánsmicas
4. Identificar las consecuencias y función de la conducta objetivo

De este modo, se propone la realización de evaluaciones que estén orientadas a recabar la información pertinente para elaborar un modelo funcional de cada problemática que se presente, en algunos casos, cuando el tiempo para llevar a cabo procedimientos más sistemáticos, es posible llevar a cabo una formulación del caso, donde puedan plasmarse un conjunto de problemáticas y presentar una panorámica más completa de las diversas conductas problema de un paciente.

La intervención, para el contexto de hospitalización, en pocos casos puede ser tan sistemática y estructurada como se indicó previamente, sin embargo, es posible hacer un plan de tratamiento general, que aunque no incluye todos los elementos propuestos, si traza directrices a seguir con un caso particular, en ese sentido, este plan puede incluir (ver Figura 6.2):

El otro contexto más frecuente de intervención en el ámbito hospitalario, es el que se realiza en la consulta externa, el cual puede apegarse un poco más a los tiempos de un programa de psicoterapia cognitivo-conductual convencional, sin olvidar las características peculiares antes descritas, una de estas condiciones especiales, es el avance propio de la enfermedad, el cual, dependiendo del padecimiento puede tener un curso lento o rápido; otra condición que matizará la intervención es el momento en que se inició la intervención, lo cual ocurre generalmente después de la comunicación de malas noticias, por lo que es muy frecuente que la persona se encuentre ante una crisis y requiera de una intervención de emergencia, después de la cual el terapeuta decidirá si el paciente se incorporará a psicoterapia o no. Así, el terapeuta debe tener presente estas consideraciones, entre otras, peculiares a la consulta externa de un hospital.

Dejando a un lado los casos de urgencia, cuando el médico conductual puede iniciar un proceso de psicoterapia con un enfermo crónico degenerativo, puede llevar a cabo el proceso de evaluación conductual, ajustándolo a la evolución del padecimiento y a las propuestas de tratamiento médico que se ofrecen al paciente. A modo de ejemplo, se presenta el análisis de un caso en esta condición (Tabla 6.5) y en la Tabla 6.6 parte del programa de tratamiento (adaptado de Bravo, 2004).

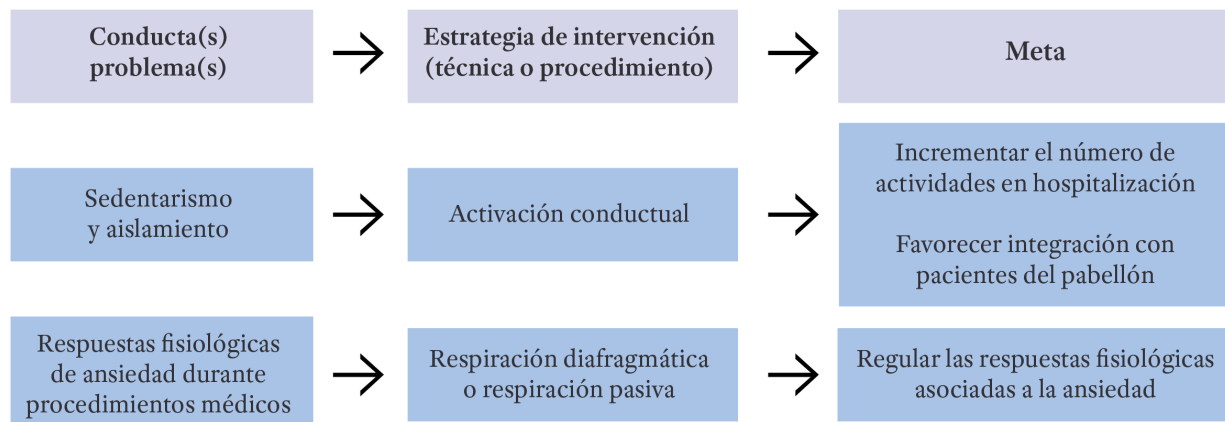


Figura 6.2. Componentes del Plan abreviado de tratamiento.

Se presenta el caso de T., mujer de 42 años de edad, casada desde hace 18 años, es madre de dos niñas, de 10 y un año y medio de edad. Estudió un bachillerato técnico con secretariado, sin embargo en la actualidad se dedica al hogar. Como antecedentes de importancia refirió dificultad para lograr embarazarse, pérdidas gestacionales múltiples (cuatro) y dos embarazos de alto riesgo, en cada uno de ellos menciona que se deprimió durante algunos meses, alcanzando remisión parcial de los síntomas, aunque cada nuevo intento de embarazo era una situación experimentada con elevados niveles de ansiedad, a partir de los cuales “me volví muy nerviosa...como que tengo miedo de todo” (sic paciente); a pesar de evaluarlos como eventos graves no recibió atención psicológica en ninguna de esas situaciones, sólo el apoyo de su familia de origen y de su cónyuge. Sufrió un accidente automovilístico donde perdió su dentadura y fue necesaria la colocación de prótesis superiores e inferiores.

No se encontraron otros antecedentes físicos y/o emocionales, hasta el motivo por el cual acudió a la clínica de tumores mamarios a mediados del año 2002: una tumoración mamaria izquierda. Este conjunto de situaciones antecedentes facilitaron la exacerbación de percepciones negativas en la imagen corporal de T., refiriéndose a sí misma como “estoy toda atrofiada, echada a perder, gorda, fea, chimuela y ahora salgo con esto (cáncer)” (sic paciente).

La primera intervención psicológica con T. se realizó durante la consulta en la clínica de tumores mamarios, a partir de la comunicación de su diagnóstico de cáncer de mama y la propuesta de tratamiento inicial con mastectomía, quimioterapia y radioterapia dependientes de los hallazgos

de la primera. T. presentó una respuesta inmediata de llanto incontrolable, dificultad para expresarse verbalmente, hiperventilación y bloqueo cognoscitivo, ante lo cual se realizó intervención en crisis con el objetivo de regular sus respuestas puesto que acudió sola a la consulta; se inició con instrucciones para la respiración diafragmática, con la cual T. dejó de hiperventilar y disminuyó notablemente el llanto; posteriormente se realizó una evaluación de la información sobre la enfermedad y se aclararon algunas dudas sobre la misma, promoviendo la expresión de preguntas con su médico tratante.

Al final de esta sesión se propuso iniciar con un proceso psicoterapéutico durante su atención oncológica, debido a que se observaron respuestas emocionales significativas que podrían obstaculizar la adaptación a la enfermedad, entre las cuales destacaron la ansiedad (llanto excesivo, temblor de extremidades superiores, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación) y los pensamientos distorsionados (visión catastrófica, sobregeneralización e interpretación del pensamiento), de negación y anticipatorios respecto a la enfermedad, además, T. expresó la necesidad de contar con apoyo para “sobrellevar mejor la enfermedad, que no sea tan duro” (sic).

Por tanto, el objetivo del programa de tratamiento fue promover la adquisición de estrategias de enfrentamiento adaptativas en la paciente a través de técnicas cognoscitivo-conductuales que le permitieran enfrentarse a las diferentes etapas de atención oncológica para el cáncer de mama; esto bajo el supuesto de que las diversas técnicas de intervención, aplicadas en las principales fases de tratamiento médico podrían facilitar la mejor adaptación de T a la enfermedad.

Tabla 6.5. Ejemplo de análisis de caso atendido en consulta externa.

<i>Etapa de manejo médico: Comunicación de mastectomía como tratamiento de primera línea.</i>					
<i>Objetivo específico</i>	<i>Actividades del terapeuta</i>	<i>Actividades del paciente</i>	<i>Tareas</i>	<i>Criterio de cambio</i>	<i>Técnicas de evaluación</i>
La paciente identificará las principales características de la mastectomía y su utilidad en su caso particular.	Psicoeducar respecto al cáncer y las alternativas de tratamiento, énfasis en la mastectomía. Identificar los principales pensamientos y emociones en la paciente. Realizar diálogo socrático.	Parafrasear los punto más importantes de la información proporcionada. Expresar preguntas o dudas relacionadas con su tratamiento. Expresar expectativas, creencias y temores sobre la enfermedad y el tratamiento.	Enlistar preguntas sobre la mastectomía. Elegir las cinco preguntas más importantes, anotarlas y comentarlas con su médico tratante.	Expresión de preguntas acordes a la información proporcionada. Expresión de respuestas al diálogo socrático y reevaluación de la situación.	Reporte verbal Lista de preguntas.
<i>Etapa de manejo médico: Preparación para la realización de la mastectomía.</i>					
La paciente ejercitará la respiración y relajación ante respuestas de ansiedad asociadas a la realización de la mastectomía.	Proporcionar instrucciones modeladas de respiración diafragmática y relajación de frase autógenas, incluyendo evaluación del nivel de relajación.	Escuchar y seguir instrucciones de respiración diafragmática y relajación. Valorará el nivel de relajación alcanzado. Escuchar la retroalimentación. Manifestar dudas.	Ejercicios de relajación tres veces al día y autorregistro de nivel de relajación pre y post práctica, durante una semana.	Disminución en las manifestaciones observables de ansiedad, en al menos 70%. Llanto. Sudoración. Temblores. Discurso accidentado. Hiperventilación. Reporte subjetivo de relajación de al menos 7 en 80% de los ejercicios en casa.	Observación directa. Reporte verbal. Autorregistrado de relajación.

Tabla 6.6. Muestra del programa de intervención para el caso de T.

Otras consideraciones útiles para el médico conductual se refieren a las sugerencias de Sanders et al., (2010) con respecto a los principales objetivos de la intervención cognitivo-conductual, de forma general, con personas con enfermedades crónicas:

- Reducir y tratar problemas psicológicos como ansiedad, depresión o estrés postraumático, por citar algunos.

- Reducir los costos del tratamiento médico y hospitalizaciones, al capacitar a los pacientes en el manejo de sus condiciones físicas y estresores asociados.
- Ayudar a las personas con problemas psicológicos preexistentes a enfrentarse adecuadamente a sus problemas médicos.

- Mejorar la adherencia al tratamiento y en el manejo de los efectos secundarios de los mismos.
- Ayudar a la persona a reducir los comportamientos que pueden tener un impacto negativo en su salud.

A modo de conclusión

Así, si se conjugan las recomendaciones incluidas en el presente texto, es posible ajustar el modelo de evaluación conductual a las peculiaridades del ámbito hospitalario, por lo que en resumen, la elaboración del AF es una tarea ardua que el psicólogo debe enfrentar para favorecer la elección del tratamiento idóneo para la problemática que presenta un individuo en particular, y en el contexto de las enfermedades crónicas es de gran utilidad como elemento rector para la elección del tratamiento.

Como se puede concluir de lo expuesto en este capítulo, el realizar un análisis funcional es una tarea que conlleva grandes retos, no sólo por la necesidad de recopilar toda la información posible con respecto al motivo de consulta del usuario, sino sobre todo, por la estrecha relación que guarda con el establecimiento de objetivos terapéuticos y por la compleja tarea de elaboración inherente a este. Por ello, como señalan Caycedo et al., (2008), es un puente entre la práctica, la teoría y la investigación, al proporcionar un conjunto articulado de explicaciones que describan y expliquen la conducta problemática de la persona y que, a partir del mismo, se delimiten las estrategias de intervención a seguir.

REFERENCIAS

Bowman, L., Hardesty, S. y Mendres-Smith, A. (2013). A functional analysis of crying. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 317-321. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.4/pdf>

Bravo, M. (2004). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría no publicada. México: UNAM.

Castro, L. y Angel, E. (1998). Formulación clínica conductual. En V. E. Caballo (Comp.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (pp. 3-69). Madrid: Siglo XXI.

Caycedo, C., Ballesteros, B. y Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *UniversitasPsicologica*, 7(1), 231-250. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/211/231>

Cormier, W. y Cormier, S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Díaz, M., Ruiz, A. y Villalobos, A. (2012). El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual. En Ruiz, A., Díaz, M., y Villalobos, A. (Eds.). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. (pp. 99-145). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Ballesteros, R. (1994a). Características básicas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. (pp. 85-110). Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1994b). El proceso de evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Comp.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. (pp. 111-157). Madrid: Pirámide.

Gavino, A. (1997). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide.

Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 91-108). Madrid: Siglo XXI.

- Godoy, J. (1991). Medicina Conductual. En V. Caballo (Comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 871-890). Madrid: Siglo XXI.
- Harris, S. y Glasberg, B. (2007). Functional Behavioral Assessment in Practice: Concepts and Applications. En J. Jacobson, J. Mulick & J. Rojahn (Eds.). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. (pp. 317-332). Springer, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/0-387-32931-5>
- Haynes, S. (2009). *Análisis funcional: Principios Básicos y Métodos*. Conferencia presentada en III Jornadas del Grupo contextos "El Análisis Conductual Actual" 20-21 marzo, Málaga, España. Recuperado de <http://www.conducta.org/articulos/congresos/jornadas3/exposiciones/PDF/02%20-%20Haynes%20-%20Functional%20Analysis.pdf>
- Haynes, S., N., y O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavioral therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Academic Publishers.
- Haynes, S. y Williams, A. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs. Matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164-174.
- Heiby, E.M. y Haynes, S.N. (2004). Introduction to behavioral Assessment. En S.N. Haynes & E.M. Heiby (Eds.). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Cap. 1, pp. 3-18. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Kanfer, F., H., y Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. Franks (Comp.). *Behavior Therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw Hill.
- Koch, C., Stewart, A. y Stuart, A. (2010). Systemic aspects of CBT. En M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus & D. Westbrook (Eds.). *Surviving as a CBT Therapist*. (pp. 178-198). New York: Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1994). *Terapias cognitivo comportamentales*. Barcelona: Masson.
- Muñoz, M. (2001). Formas de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En J.F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz (Coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 284-319). Madrid: Pirámide.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- O'Brien, W. H. y Haynes, S.N. (1997). Análisis funcional de la conducta. En: G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. (pp.493-524). Madrid: Siglo XXI.
- Phares, J. y Trull, T.J. (2000). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Manual Moderno.
- Reep, A., y Horner, R. (2000). *Análisis funcional de problemas de la conducta*. México: Paraninfo.
- Salamero, M., Peri, J. y Gutiérrez, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. pp. 75-92. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Sanders, D., Surawy, C., Zahl, D. y Salt, H. (2010). Physical health settings. En M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus y D. Westbrook (Eds.). *Surviving as a CBT Therapist*. (pp. 253-273). New York: Oxford University Press.

- Segura, M., Sánchez, P. y Barbado, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Thomason-Sassi, J., Iwata, B. y Fritz, J. (2013). Therapist And Setting Influences On Functional Analysis Outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 79-87. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.28/pdf>
- Virués, J. (2004). Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 207-232. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-104.pdf
- Wacker, D., Lee, J., Padilla Dalmau, Y., Kopelman, T., Lindgren, S., Kuhle, J., Pelzel, K. y Waldron, D. (2013). Conducting functional analyses of problem behavior via telehealth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 31-46. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jaba.29/pdf>
- Westbrook, D., Mueller, M., Kennerley, H. y McManus, F. (2010). Common problems in therapy. En M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus y D. Westbrook (Eds.). *Surviving as a CBT Therapist*. (pp. 1-39). New York: Oxford University Press.

(página en blanco)

CAPÍTULO 7

Estrés y enfermedad crónica

Leonardo Reynoso-Erazo y María Rosa Avila-Costa

Introducción

Los procesos fisiológicos de animales y humanos comparten similitudes, las cuales han sido revisadas, analizadas, comparadas y contrastadas en diversos estudios; por ejemplo, Banting y Best (1921; en: Bliss, 1993) descubrieron la insulina en perros y posteriormente fue utilizada en seres humanos para el tratamiento de la diabetes mellitus; Pavlov (1926) estudió las secreciones salivales de los perros y a través de ellas pudo establecer el paradigma del condicionamiento clásico; el trabajo de Watson (1919), al no plantear una línea divisoria entre el funcionamiento animal y humano permitió estudiar el comportamiento en el sentido más amplio. De esta forma se demostró sistemáticamente que los animales feroces comen cuando tienen hambre y solamente hasta quedar saciados; beben agua cuando la osmolaridad plasmática se eleva y dejan de beber cuando estos niveles se corrigen, lo que demuestra la existencia y el funcionamiento de circuitos de retroalimentación biológica (por lo general negativa). Gracias a las hormonas, los animales hembras entran en calor (estro) y permiten el apareamiento con el macho para procrear. A diferencia de ellos, el ser humano es el único animal capaz de comer cuando no tiene hambre, de beber aunque no tenga sed y de tener sexo no asociado al estro y con fines recreativos. Esto supone que el comportamiento puede alterar los procesos fisiológi-

cos ya que somos capaces de romper voluntariamente las asas de retroalimentación biológica. Y si podemos provocar estas alteraciones entonces podríamos aprender a tener comportamientos que coadyuvaran a un mejor funcionamiento del organismo, con lo cual probablemente se retrasaría la aparición de funcionamiento anormal, es decir, de enfermedad.

Ya se ha discutido en distintas publicaciones acerca del origen del término estrés; algunos refieren que su origen se encuentra en el concepto de fuerza o tensión derivado de la física clásica. La importancia del término no tiene que ver con el origen de la palabra, sino con la serie de fenómenos que engloba. Así, Cannon (1932) mencionó el concepto de *fight or flight* y a Selye (1936) se le atribuye la paternidad del término, en tanto que refirió, además del concepto de *fight or flight* una serie de acontecimientos fisiológicos encadenados en el tiempo y relacionados con estímulos externos, al igual que los experimentos de Cannon. Los estudios sobre estrés desarrollados en los laboratorios de psicología se enfocaron a la búsqueda de relaciones funcionales entre estímulos y respuestas, todo ello con el propósito de describir las reacciones de un sujeto ante eventos considerados como estresantes, buscando variaciones paramétricas de estímulo y midiendo respuestas.

Tanto los estudios en el campo de las ciencias biológicas como los de la psicología se enfoca-

ban a buscar relaciones entre estímulos y respuestas; se trataba de buscar estímulos del entorno que desencadenaran las reacciones fisiológicas, demostrar las acciones de los mecanismos biológicos subyacentes, identificar la existencia de cadenas de respuestas, y en el mejor de los casos, buscar relaciones entre los aspectos biológicos y la percepción de amenaza o desafío ante algún estímulo potencialmente dañino. Esta fragmentación, propia de las ciencias biológicas, excluye la probabilidad del estudio de la interpretación de eventos por parte del individuo, ya que supone la existencia de mecanismos de respuesta refleja y vías neuroendócrinas para lograr una respuesta fisiológica eficiente.

Estudios posteriores en el campo del estrés (Lazarus, 1966; 1981; Lazarus y Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; Leventhal y Nerenz, 1983; Nerenz y Leventhal, 1983) propusieron estudiar al estrés como un proceso; describieron la existencia de mecanismos de evaluación de los eventos y la probabilidad de una constelación de respuestas enfocadas a resolver el problema o eliminar la amenaza o simplemente paliar las consecuencias del evento. Esta gama de respuestas se denominó *coping* y en castellano se tradujo como *enfrentamiento* (que significa hacerle frente a algo) a pesar de que una persona podría utilizar estrategias de escape, evitación o no responder, lo cual supone distintas formas de *enfrentamiento*. A lo largo de este texto se han utilizado (y se utilizarán) indistintamente los términos *enfrentamiento* y *enfrentamiento* como sinónimos.

Antes de que los psicólogos del estrés se apoderaran del concepto de *coping*, éste ya era utilizado por la corriente psicoanalítica (Janis, 1958; Lacey y Van Lehn, 1952), quienes asumían que esta constelación de respuestas formaba parte de un repertorio fijo. Estas diferencias de concepción permiten que en la actualidad el *enfrentamiento* pueda ser entendido como un rasgo de la personalidad o como características que le permiten al individuo una determinada forma de respuesta mas o menos estable en el tiem-

po; por otra parte, el enfrentamiento puede entenderse como recursos susceptibles de aprenderse, de variar en el tiempo y de utilizarse o no en determinado contexto.

El modelo de estrés y enfrentamiento fue adoptado por los psicólogos que trabajan con enfermos crónicos, ya que quienes padecen este tipo de enfermedades generan estrés, ya sea por haber recibido el diagnóstico o por haber sido sometidos a estudios médicos invasivos generalmente dolorosos, o por el temor al ser internado en un hospital, o porque serán intervenidos quirúrgicamente, o por el tipo de tratamiento de estas enfermedades, o bien por las pobres expectativas de vida generadas a partir del escaso conocimiento de la enfermedad. Moos y Tsu (1977) señalan que ante enfermedad física un paciente se puede enfrentar ante múltiples fuentes de estrés, incluyendo dolor y discapacidad, el ambiente hospitalario así como las demandas impuestas por el personal de salud como por procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.

Desde 1971 se utilizan programas psicológicos de intervención orientados a la solución de problemas (D’Zurilla y Godfried, 1971; D’Zurilla y Nezu, 1999), a la reducción del estrés (Meichenbaum, 1981) o al entrenamiento en habilidades de enfrentamiento en personas que padecen enfermedades crónicas. Estos programas, así como sus variantes y mezclas, se enfocan en general a que la persona enferma encuentre formas de enfrentarse al problema médico que padece, buscando además reducir la intensidad de los eventos fisiológicos característicos del estrés con lo cual se pretende disminuir la ansiedad y las emociones. El manejo de la emoción generada por estrés se realiza de manera indirecta.

En este capítulo se hará una breve revisión de los antecedentes fisiológicos del estrés, se discutirá sobre la valoración del entorno como eje integrador del proceso interactivo estrés – enfrentamiento y se describirán algunos de los principales problemas del paciente con enfermedad crónica.

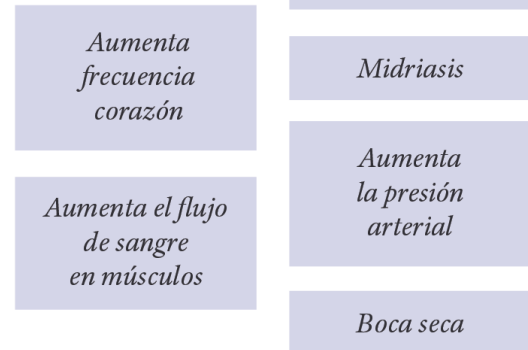
Antecedentes

En los inicios del Siglo XX el fisiólogo norteamericano Walter B. Cannon acuñó el término *fight or flight* para describir un conjunto de reacciones fisiológicas. Cannon (1932) señalaba que un animal experimental reacciona ante estímulos considerados filogenéticamente amenazantes con una serie de ajustes fisiológicos producto de la descarga del sistema nervioso simpático, como lo son: aumento en el diámetro pupilar (midriasis), resequedad de la mucosa oral, aumento del diámetro bronquial, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, piloerección, aumento del flujo sanguíneo a músculos, pulmones y corazón, disminución de la motilidad intestinal, relajación de la musculatura de la vejiga urinaria y contracción del esfínter vesical, además de la secreción de catecolaminas al torrente sanguíneo provenientes de la médula suprarrenal. Lo interesante de la propuesta de Cannon era justamente el hecho de señalar que todos estos cambios fisiológicos consecuencia de la activación simpática que preparaban al animal para la huida o para la pelea eran consecuencia de estimulación filogenéticamente amenazante, condición que permitía investigar si esta serie de respuestas podría ser elicitada ante distintas condiciones estimulares. La figura 7.1 resume los cambios propuestos por Cannon como *fight or flight*.

En 1932 el mismo Cannon utilizó por primera vez el término homeostasis para describir lo que él llamó un equilibrio dinámico entre las diversas funciones excitatorias e inhibitorias conocidas en ese entonces por la fisiología; de esta forma, el tono muscular era la resultante del equilibrio de áreas excitatorias e inhibitorias en distintas zonas del sistema nervioso; la frecuencia cardíaca, la resultante del equilibrio entre la acción aceleradora del simpático y la inhibitoria del parasimpático. Por consiguiente, el interjuego de las funciones podría conducir al mantenimiento de la salud o al desarrollo de la enfermedad, siendo ésta una ruptura del equilibrio u homeostasis.

COMPLEJOS ESTIMULARES

Ingresan al sistema nervioso



El organismo está preparado para huir o defenderse

Figura 7.1. Cambios fisiológicos producidos en el *fight or flight*.

Hans Selye (1936) retomó los conceptos de *fight or flight* y de homeostasis desarrollados previamente por Cannon y los englobó en un conjunto de signos y síntomas denominados síndrome general de adaptación (SGA). Dicho síndrome se presenta ante una variedad de estímulos (visuales, auditivos, olfatorios, táctiles, térmicos o combinados) los cuales son captados por receptores específicos e ingresados al sistema nervioso central por distintas vías aferentes hasta centros integradores hipotalámicos y diencefálicos desde los cuales se organiza la respuesta a través del sistema nervioso autónomo, inhibiendo en algunas ocasiones la respuesta parasimpática y provocando excitación del sistema simpático, con lo que se producen los cambios descritos en el *fight or flight*. De esta forma, el SGA se inicia de manera refleja e incluye cambios fisiológicos temporales producto de la estimulación y respuesta simpática. La naturaleza refleja de estos procesos permiten su inmediatez, por lo que en menos de un segundo se presentan las respuestas ante la estimulación amenazante.

Para ofrecer un fondo más estable a la respuesta de estrés, la segunda parte del SGA incluye además un mecanismo endocrino: la secreción hormonal de catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) de la médula suprarrenal como consecuencia de estimulación simpática que provoca en algunos segundos un efecto simpaticomimético que además provoca elevación temporal de la presión arterial, así como de los niveles de glucosa sanguíneos, condiciones que favorecen una mayor y mejor actividad muscular. La figura 7.2 presenta de manera esquemática los procesos fisiológicos involucrados.

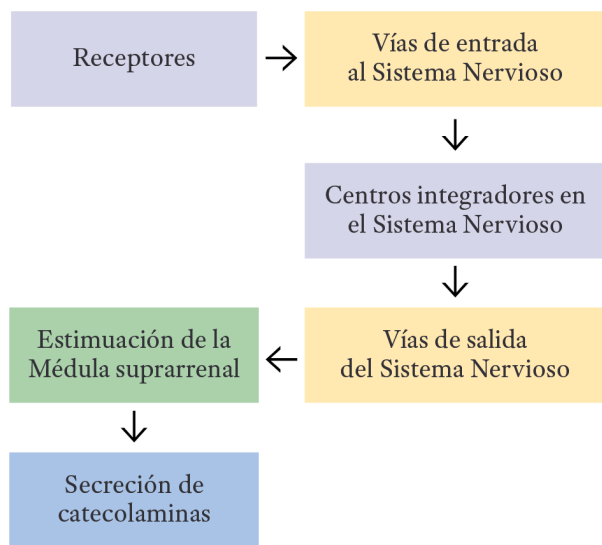


Figura 7.2. Esquema que representa la secuencia de activación del sistema nervioso ante el estrés.

El tercer eje del SGA se presenta unos minutos después, al ponerse en marcha el mecanismo endocrino con el eje hipotálamo adenohipófisis a través de la producción en el hipotálamo de factor liberador de la hormona adenocorticotrófica, su liberación a la circulación en el sistema porta hipotálamo-hipofisiario, la captura del factor liberador por la adenohipófisis y la posterior secreción de la hormona adenocorticotropina (HACT) hacia la circulación general y su consecuencia específica, la estimulación de la corteza suprarrenal, que produce liberación de hormonas genéricamente denominadas glucocorti-

coides, cuyo representante principal lo constituye el cortisol; una de sus funciones consiste en estabilizar y alargar la respuesta de alarma, tras lo cual se dará paso a la siguiente etapa del síndrome, de aparente calma, estabilidad y compensación, en donde existe un estado de equilibrio u homeostasis que, al romperse, evidencia signos y síntomas de enfermedad, manifestaciones clínicas de enfermedad psicósomática. La figura 7.3 muestra esquemáticamente el mecanismo de activación endocrino.

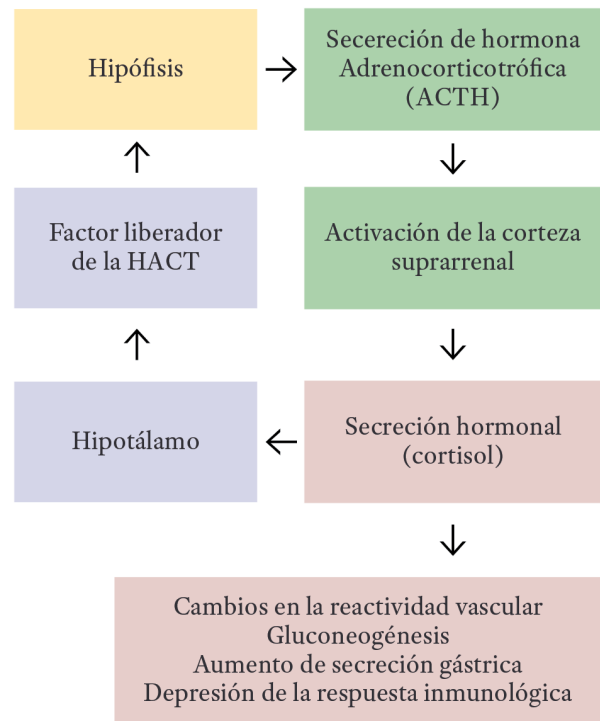


Figura 7.3. Esquema que muestra la secuencia de activación del sistema endocrino ante el estrés agudo.

Las reacciones fisiológicas de un organismo ante estimulación estresante son bien conocidas (Bridges y Jones, 1967; Jones, Bridges y Leak, 1970) y pueden ser elicítadas con relativa facilidad ante estímulos poderosos, tanto en animales experimentales como en los seres humanos en condiciones de la vida real, como por ejemplo, el estar involucrado en desastres naturales; pero la atención de los investigadores se desvió hacia la investigación en humanos,

tratando de controlar los diversos estímulos. De esta forma, en los laboratorios se experimentó con éstos, tratando de producir estrés a través de la presentación de estímulos variados; se realizaron pruebas de matemáticas (realizando operaciones sucesivas de adición, sustracción, multiplicación o división), los sujetos experimentales realizaron pruebas como el introducir un brazo en una cubeta de agua con hielo o resolviendo problemas de igualación a la muestra con tiempo límite e incluso recibiendo choques eléctricos, todo ello con la finalidad de demostrar relaciones funcionales entre estímulos y respuestas. White y Gildea (1937) fueron los primeros en reportar el uso de la prueba del agua helada (*cold pressor test*) en tensión y ansiedad; posteriormente, Lacey y Van Lehn (1952) refirieron nuevamente el uso de esta prueba para la medición de respuestas somáticas ante el estrés. Probablemente Haggard haya sido el primero en medir la resistencia galvánica de la piel en un estudio de laboratorio en humanos induciendo estrés (Haggard, 1943). Ross, Rupel y Grant (1952) produjeron estrés en humanos en un modelo de igualación con cartas en donde los errores eran castigados con choques eléctricos. Lazarus, Deese y Hamilton (1954) producían estrés en humanos aplicando choques eléctricos ante tareas erróneas, mientras que el uso de los videojuegos para el estudio del estrés inició hasta 1986 con Perkins, Dubbert, Martin, Faulstich y Harris (1986). Este tipo de estudios tropezaron con una gran dificultad metodológica, que suponía el que todos los participantes sabían de alguna manera que a pesar de recibir estimulación nociva, en los experimentos no se atentaría contra su vida o su integridad física, lo cual permite sustentar que el estrés no es simplemente una relación entre estímulos y respuestas, ni es únicamente la reacción de alarma y la constelación de respuestas del sistema nervioso autónomo, sino que implica la percepción de la situación, es decir, supone un proceso de valoración por parte del individuo, condición que matiza la respuesta biológica tanto en intensidad como en duración. Así pues, los estudios realizados en laboratorio con

seres humanos permitieron señalar la existencia de procesos de valoración como parte del estrés propiamente dicho.

Valoración

La valoración del entorno es un proceso tan antiguo como la especie humana, ya que para sobrevivir, el ser humano debe ser capaz de distinguir entre situaciones favorables y situaciones peligrosas. La distinción puede ser difícil y depende de un sistema cognoscitivo eficiente. Por ello es de gran importancia considerar que en el estrés los procesos cognoscitivos que median entre el estímulo y la reacción son fundamentales; además, existen factores que afectan la naturaleza de esta interacción. La reacción a las demandas o a la hostilidad del entorno se encuentra mediada por procesos cognoscitivos, por lo que los estímulos internos interactúan con el entorno exterior generando evaluaciones cognoscitivas (Cohen y Lazarus, 1973). El ser humano interpreta ese entorno mediante sus percepciones y evaluaciones, aunque sus cogniciones no se correspondan exactamente con la realidad objetiva.

La evaluación refleja la relación particular y cambiante que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, creencias, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse. La evaluación, entendida como un proceso rápido, se presenta de manera automática y puede ser vista como el determinante cognoscitivo de la emoción. De esta forma, la evaluación determina la emoción y la respuesta emocional se presenta de inmediato. Además, la respuesta emocional genera nuevas evaluaciones (Folkman, Schaefer y Lazarus, 1979). El instante inicial de miedo experimentado al detectar una señal ambiental de alarma inicia toda una cadena de actividad cognoscitiva, parte de la cual se prolongará en el tiempo y en la que se incluyen pensamientos complejos, acciones y reacciones que harán posible respuestas adaptativas sucesivas. Por lo tanto, la evaluación es el proceso que determina

las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo.

Como puede apreciarse, el estrés no puede ser concebido en forma lineal, como un proceso con respuestas exageradas ante determinados estímulos. El problema del estrés debe ser analizado en términos de las condiciones estimulares, de la interpretación que realice el ser humano de éstos y este proceso interpretativo dependerá de la percepción del sujeto, del contexto en el que se presentan los estímulos, de la historia de respuesta del sujeto, de la evaluación que éste realice de la situación, en tanto que la defina como placentera o agresiva, por lo que los procesos cognoscitivos serán fundamentales para responder ante los retos que la vida impone cotidianamente (Lazarus y Folkman, 1984).

La evaluación de una situación o de un acontecimiento implica una serie de cogniciones por parte del sujeto, tras las cuales decidirá si la situación es agradable o no y, por lo tanto, si le produce o no estrés. Además de evaluar, el sujeto organiza una serie de posibles respuestas que le permitirán un determinado modo de conducta ante los acontecimientos evaluados previamente.

Estrés

Los estudios del estrés derivados del modelo fisiológico y médico de Selye dividen claramente las condiciones en estresores y respuestas; en esta misma lógica, existen investigadores que intentan agregar elementos del contexto social o laboral a dicho modelo, aunque lo que realmente hacen es darle el valor de estímulo estresante a la sobrecarga de trabajo, al ruido, la iluminación, la monotonía en el trabajo, entre otras cosas, todo ello tras los estudios de Bridges y Jones (1967) y Jones, Bridges y Leak (1970) quienes revisaron las respuestas de distintas personas ante distintas fuentes de estrés y encontraron relaciones directas entre la sobrecarga de trabajo (cuantitativa y cualitativa) y la elevación de niveles de ACTH y cortisol. Animados con este tipo de trabajo los investigadores médicos del estrés

enfocaron sus estudios hacia los soldados que se encontraban en entrenamiento (Janis, 1951; Janis, 1958; Rubin, Miller, Arthur y Clark, 1970; Rubin, Rahe, Clark y Arthur, 1970) y encontraron que durante las etapas iniciales de entrenamiento los paracaidistas mostraban niveles elevados de estrés, caracterizados por aumento de concentración sérica de la hormona ACTH y que éstos disminuían a medida que el paracaidista avanzaba en su entrenamiento.

Tal vez el punto más interesante en la investigación referente al estrés lo constituye el hecho de señalar que, en efecto, existe un proceso biológico reflejo que funciona de manera automática, con lo que es posible explicar las reacciones fisiológicas producto de la ansiedad, a diferencia del estrés, donde es necesaria la intervención del pensamiento y la búsqueda de alternativas lo que lleva a evaluar una situación como peligrosa o no (Meichenbaum, 1981). Lo anterior permitió que algunos investigadores estudiosos del estrés sugirieran que éste puede presentarse ante las exigencias del medio, ante demandas que no pueden ser satisfechas automáticamente con los recursos disponibles. La discrepancia entre las demandas percibidas por el sujeto, entendidas como internas y externas y metas o retos, y la forma como el sujeto comprende sus respuestas, constituye la reacción de estrés, que evidentemente tendrá consecuencias en el propio sujeto, probablemente manifestadas bajo la forma de daño a la salud. Así pues, el estrés no reside ni en el sujeto ni en el ambiente, sino que es el resultado de cómo resuelva éste una situación que identifica como problemática, lo que implica que el sujeto juega un papel determinante en la definición tanto de los estresores como de las respuestas, a través de su percepción. Por lo tanto, el estrés se encuentra multideterminado, tiene -o tendrá- efectos a largo plazo; la respuesta ante él será diferente de acuerdo con cada individuo o situación; se encuentra modificado por los rasgos culturales del sujeto, así como por la diferente percepción de los estresores y puede ser agudo o crónico (Reynoso-Erazo, 1989).

A partir de las investigaciones de Lazarus y Folkman el estrés fue concebido de manera distinta a la previamente descrita por Selye; sin negar el aparato reactivo, pero considerando que existen dimensiones del estrés, es posible señalar que una situación estresante se origina con una evaluación inicial en que la situación demanda una respuesta efectiva para evitar o reducir el daño físico o psicológico; el sujeto entonces intenta responder, responde equivocadamente o no responde. La respuesta (o su ausencia) tiene repercusiones ambientales y altera la situación. Entonces se pueden producir una serie de acontecimientos, evaluaciones, respuestas y transformaciones situacionales. Estas secuencias dejan de ser estresantes cuando el sujeto evalúa que el reto ha pasado, ya sea espontáneamente o porque una adecuada respuesta de enfrentamiento ha neutralizado la amenaza. Así pues, existe un interjuego entre el individuo y la situación que determina el inicio, magnitud, duración y calidad del episodio estresante (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Lazarus y Folkman (1984) señalaron que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que un sujeto posee, o que exceden los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato. En este sentido, se consideran las capacidades adaptativas o maladaptativas de un sujeto ante las demandas ambientales. La discrepancia entre las demandas percibidas, sean éstas internas o externas, metas o retos y la forma como el sujeto perciba sus posibles respuestas frente a las demandas constituirán el estrés y tendrán consecuentemente impacto en la salud del individuo. Por lo tanto el estrés psicológico está determinado por la evaluación que el individuo realiza acerca de una interacción específica con el entorno, evaluación que está matizada tanto por los factores que hacen referencia al individuo como por sus compromisos, vulnerabilidad, creencias, recursos y por los factores propios de la situación entre los que se pueden citar, entre otros, la naturaleza de la amenaza, su inminencia, etc.

Este modelo propone al individuo y al entorno en una relación bidireccional, recíproca y dinámica, en donde el concepto de transacción estresante implica la creación de un nuevo nivel de análisis en el que los elementos individuo y entorno se unen para formar un solo significado de relación. El estrés psicológico se centra sobre la evaluación cognoscitiva, implicando valoración de desafío, amenaza o daño y hace referencia a la interacción individuo-ambiente en términos de una transacción, por lo que la evaluación se constituye en la variable central. Decir que algo es amenazador supone emitir un juicio en un contexto determinado, en el que las condiciones particulares del entorno son evaluadas por un sujeto con características psicológicas particulares.

Emoción

Cuando hay estrés existen emociones; la emoción involucra evaluación y expresiones conductuales típicas de especie (como las reacciones del gato ante la vista de un perro; arquea el lomo, eriza el pelo, tensa las cuatro extremidades, muestra las garras y los colmillos...). La emoción se desarrolla como consecuencia de la evaluación que hace el sujeto respecto de alguna situación (Folkman y Lazarus, 1985). Imagine una situación amorosa entre dos personas: la visualización del ser querido, el escuchar su voz, el aroma, el tacto de la piel o simplemente el que uno de los dos evoque estas características generan una emoción agradable, además de que se producen cambios fisiológicos producto de la activación autonómica simpática. Si esta pareja discutiera por la intromisión en la relación de una tercera persona, probablemente la visualización de aquélla, la voz y el aroma no necesariamente llevarían a experimentar una emoción agradable. Imagine una situación distinta, como por ejemplo el entrar a una tienda y al estar en ella verse súbitamente amenazado por un asaltante. La emoción que experimentaría ante esta situación generaría miedo e incertidumbre, además de la activación del sistema nervioso simpático y los cambios fisiológicos consecuencia de ésta; si el

asaltante se retirase sin lastimar a nadie, muy probablemente la activación simpática disminuiría en un período relativamente breve y podría presentarse nuevamente ante el recuerdo de la situación vivida.

Lo normal es tener emociones cuando estamos estresados (no solamente ansiedad sino otras como enojo, frustración, aún excitación). Algunos investigadores utilizan los términos estrés y ansiedad como sinónimos, lo que acarrea problemas. Las evaluaciones que caracterizan al estrés y a la emoción se sobrelapan o se unen; valoraciones diferentes dan salida a distintas emociones. Si se evalúa una situación como amenazante se podría experimentar estrés y miedo; si se evaluara como injusta, podría desencadenar estrés y enojo. La valoración de dolor o frío pueden también generar estrés. Es por ello que estrés es un concepto mucho más amplio que ansiedad; ansiedad es la respuesta genérica e indefinida ante cualquier amenaza, mientras que el estrés se desencadena ante evaluaciones de situaciones como positivas o novedosas. El estrés se acompaña siempre de emociones como enojo, envidia, celos, ansiedad, pena, vergüenza y tristeza, ya que éstas aparecen como consecuencia de eventos evaluados como amenazantes, desafiantes o dañinos. Y tanto la emoción como el estrés utilizan vías de expresión autonómicas, es decir, la activación del sistema nervioso simpático.

Enfrentamiento

Utilizaremos el término enfrentamiento para referirnos a la serie de acciones cognoscitivas y conductuales cambiantes que una persona utiliza para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Para que una conducta sea considerada como enfrentamiento se requiere al menos que cumpla con dos características:

- a. que la conducta implique esfuerzo y
- b. que no incluya las conductas cotidianas.

El término enfrentamiento hace referencia a los esfuerzos necesarios para manejar las demandas

estresantes, independientemente del resultado; por lo tanto, al hablar de enfrentamiento nos referimos a las observaciones y las valoraciones de lo que un individuo realmente piensa o hace en un contexto específico, pero además significa hablar de cambios en pensamientos y actos a medida de que se desarrolla un evento estresante, lo que supone que la respuesta de enfrentamiento se modifica de acuerdo con las reevaluaciones cognitivas que se van dando durante la interacción estresante; lo anterior también supone que el enfrentamiento es cambiante en el tiempo y que el mejor es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla, lo cual sería el equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas (Cohen y Lazarus, 1979; D’Zurilla y Nezu, 1999).

Durante una interacción estresante, el individuo descubre la realidad de lo que está ocurriendo y lo que puede hacer o no al respecto y esto afecta al enfrentamiento. Por ejemplo, saber que no se tiene el control sobre la mayoría de los aspectos importantes de la situación favorecerá el uso de estrategias que regulen las emociones. Las acciones directas sobre el entorno quedarán para otra ocasión más apropiada. Los cambios en la relación del individuo con el entorno muestran la necesidad de regular las emociones o de indicar que la regulación se ha hecho más necesaria. El enfrentamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirva también a otras funciones. La función del enfrentamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia: el resultado está referido al efecto que cada estrategia tiene.

El enfrentamiento dirigido a la emoción consiste en procesos cognoscitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Lo utilizamos para conservar la esperanza y el optimismo, además de que nos permitiría negar tanto el hecho como su

implicación, no tener que aceptar lo peor y actuar como si lo ocurrido no nos importara.

El enfrentamiento dirigido al problema es un conjunto de estrategias dirigidas a la definición del mismo, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de alternativas con base en costo/beneficio y a la elección y aplicación de la(s) estrategia(s). Esto supone buscar estrategias para el ambiente y estrategias para el sujeto.

La forma en que un sujeto se enfrente ante una situación estresante dependerá de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de esos recursos en el contexto de una situación determinada. Decir que una persona tiene muchos recursos significa que puede tener un gran número de ellos, pero que además tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. El manejo del estrés supone al menos cubrir tres condiciones fundamentales: disponer de información sobre el acontecimiento, que la persona tenga la sensación de control sobre las cosas y disponer de una red de apoyo social (Reynoso-Eraza y Seligson, 2005).

Para englobar los aspectos señalados anteriormente, la figura 7.4 integra secuencialmente un episodio estresante y el enfrentamiento que se desarrolla a partir de aquélla; el episodio inicia cuando la persona evalúa una situación y asume que las cosas no están bien, por lo que se revisa el contexto, se evalúa la capacidad de control del evento, se realizan acciones y se evalúan los efectos.

Utilización del término *coping* en la literatura en castellano

Al buscar referencias sobre la utilización del término *coping* y su traducción en castellano se realizó una revisión sobre las publicaciones indexadas en dos bases de datos: Psych Info y Medline, ya que en ambas los artículos son presentados por su título en inglés; las palabras claves para la búsqueda fueron *coping* y *stress*.

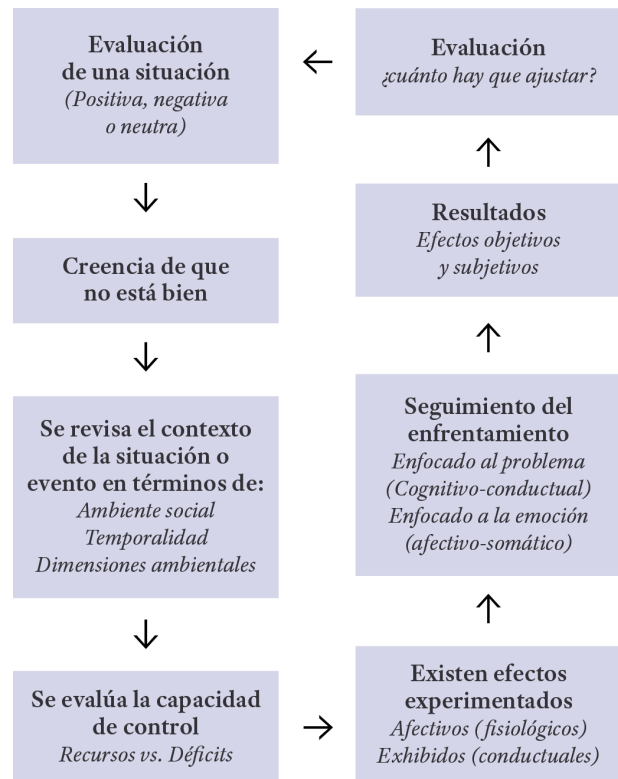


Figura 7.4 Esquema que representa la secuencia de una transacción estresante.

Independientemente de la escasez de publicaciones sobre el área, encontramos que el término *coping* es utilizado como superación en un artículo (Bregelmann, 1986), como enfrentamiento en dos artículos (Gonzalez-Forteza, Pick-Steiner, Collado-Miranda y Alvarez-Izazaga, 1996; Gonzalez-Forteza, Villatoro, Pick y Collado, 1998). *Coping* es mencionado como hacerle frente al estrés en un trabajo (Thomae, 2002) e inclusive sin una traducción como tal en tres publicaciones (Omar, 1995; 1996; Kirchner y Mohino, 2003). La traducción más común se refirió como afrontamiento en 11 artículos (Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993; Rodríguez-Marin, Terol, López-Roig, Pastor y Massuti, 1994; Aliaga y Capafons, 1999; Reidl y Sierra, 1996; González-Martínez y García-González, 1997; Seligson y Reynoso, 1999; Olivares, Rosa y Sánchez-Meca, 2000; Peñacoba-Puente, Díaz-Gutiérrez, Goiri-Pueyo y Vega-López, 2000; Farkas, 2002; Labiano y Correche,

2003; Basler, Kaluza y Bayer, 2003). Existen más publicaciones sobre estrés y *coping* en distintas revistas, sin embargo éstas no se encuentran en las bases de datos consultadas.

Con relación al estrés y enfermedad, las siguientes secciones ofrecen un panorama general. Iniciaremos con una discusión sobre si el síntoma es sinónimo de enfermedad, continuaremos con la hospitalización como el evento generador de estrés para posteriormente referirnos a los familiares y el apoyo social, los tratamientos, el dolor crónico y el enfermo terminal.

Síntoma: ¿enfermedad?

Por lo general para que una persona realice un enunciado declaratorio de enfermedad se requiere la presencia de síntomas; para ello, síntoma debe entenderse como aquella manifestación anormal del organismo, la cual se presenta -generalmente- como consecuencia de comportamiento distinto al habitual. Por ejemplo, alguien es capaz de decir que tiene síntomas de resfriado debido a que salió por la noche sin suéter y “*sintió la corriente de aire*” (sic). Al evidenciar el síntoma y buscarle referente las personas realizan las relaciones lineales causa-efecto que los médicos generalmente proponen. Así, quien tiene como síntoma la diarrea demuestra lógicamente que antes de padecer el síntoma estaba bien, pero que después de haber comido tal o cual alimento en un lugar distinto al habitual, al poco tiempo iniciaron los síntomas. Y bajo esa misma lógica se mueve el tratamiento empíricamente validado. Aquél con síntomas de resfriado por no abrigarse decide, a partir de etiquetar el evento, realizar cambios temporales en su comportamiento. Ahora utilizará suéter y/o bufanda, cubrirá su cuerpo con ropa abrigadora del frío, probablemente utilice algún medicamento sintomático de venta libre y estos cambios los mantendrá por un breve período hasta que perciba que el síntoma ha desaparecido, que no necesariamente implica curación. De la misma forma, quien presenta como síntoma la diarrea probablemente realice una serie de ajustes en

su alimentación, tanto en cantidad como en calidad y de este modo, en vez de comer carne frita con chile decidirá ingerir pollo hervido con arroz y verduras mientras desaparece el síntoma, desaparición que es igualada con curación sin ser necesariamente cierto.

La aparición/desaparición del síntoma en las personas nos lleva a la siguiente condición: si las personas son capaces de identificar el síntoma y además, de buscar alguna alternativa terapéutica, entonces: ¿cuándo van con el médico?

La aparición de síntomas hace que el enfermo busque alguna explicación sobre su condición, lo cual lo puede conducir, de acuerdo con la historia de enfrentamiento ante problemas médicos, a utilizar distintos remedios para calmar los síntomas, o a atribuirlos a distintas condiciones o bien a buscar ayuda médica; si este es el caso, el paciente busca una explicación para sus síntomas, es decir, que éstos tengan explicación científica, para lo que requiere de un diagnóstico, que el médico lo etiquete y así la sintomatología pueda tener sentido (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Nerenz y Leventhal, 1983).

Es posible señalar que algunos tumores cancerosos, si son detectados de manera temprana pueden no presentar síntomas; el único dato observable podría ser la aparición de una tumoración no dolorosa. El proceso de diagnóstico en oncología puede incluir la realización de exámenes diagnósticos invasivos como las biopsias, que consisten en extraer fragmentos de tejido sospechoso, el cual es procesado en laboratorio buscando alteraciones histológicas. El que un paciente sea sometido a una biopsia se convierte en un episodio estresante; imagine ser colocado en un consultorio con una bata, la zona del tumor descubierta, probablemente se aplique anestesia local inyectada, la cual arde. Aunque no sienta dolor, el paciente siente los movimientos que realizan los médicos sobre su cuerpo. Posteriormente viene un período de espera, el cual genera más estrés, para posteriormente recibir el diagnóstico y que le ofrezcan las alternativas de tratamiento (Moos y Tsu, 1977; Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992).

Cuando el médico hace el diagnóstico de alguna enfermedad considerada por la persona como grave y ofrece las distintas opciones de tratamiento, es probable que estos pacientes reaccionen de diversas formas, producto del impacto psicológico del diagnóstico. Una forma de enfrentarse al diagnóstico consiste en la negación inmediata, pudiéndose acompañar la misma de sentimientos de ansiedad, enojo e ira, aunque otros pueden mostrarse indiferentes. Otros simplemente expresan sus emociones a través del llanto y de la queja; algunos más evidencian su desamparo e inclusive pueden pensar que ya no hay remedio, que se está acercando rápidamente el final. Existen algunos psicólogos que creen que estas manifestaciones tienen un cierto orden, pero quien ha estado en contacto con este tipo de pacientes puede señalar que estas manifestaciones se presentan súbitamente y casi de manera simultánea y desordenada, como consecuencia de sus procesos de pensamiento que lo llevan a cuestionarse: ¿Fue mi culpa? ¿Es algún tipo de castigo divino? ¿Esto no puede pasarme a mí! Lo que permite señalar el impacto psicológico del diagnóstico, de allí la necesidad de ofrecer ayuda de manera pronta y expedita, para reducir en la medida de lo posible el impacto del diagnóstico y la aparición de este tipo de problemas, que el paciente pueda estar más tranquilo y aprenda a tomar decisiones concernientes a su enfermedad, al tratamiento, a su interacción social, etc.

Las alteraciones descritas anteriormente, al presentarse en mayor o menor medida, provocan disminución en la calidad de vida de los pacientes. Imagine a una persona con miedo a morir, con episodios alternados de estrés agudo y de desamparo, además de manifestar datos de depresión. Las condiciones de vida de estos pacientes no son alentadoras sin tener el tratamiento adecuado.

En los pacientes con enfermedad crónica se deben buscar datos sobre intensidad, duración y frecuencia de las distintas quejas, por lo que será necesario contar con registros de día, hora y situación de la conducta a estudiar, así como de pensamientos,

sentimientos y acciones tomadas, de la intensidad de sus reacciones y medicamentos utilizados. Para el manejo de la depresión, estrés, angustia y miedo, se utilizan cuatro áreas para efectos de evaluación: síntomas emocionales (estar deprimido, llorar en exceso), síntomas cognitivos (baja autoestima, auto-castigo, culpa, coraje), síntomas conductuales (cansancio, flojera, falta de motivación y sobre todo el cambio de estilo de vida hacia disminuir todo tipo de actividades) y síntomas físicos (falta de apetito, falta de sueño, falta de actividad física) (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

El paciente con enfermedad crónica frecuentemente presenta estrés producto del desconocimiento de la enfermedad que padece, o bien genera falsas expectativas (positivas o negativas) respecto de su enfermedad, se siente solo y sin apoyo social. Por ello debe ofrecérsele información respecto de su problema, señalando claramente que le ayudará a resolver los problemas relacionados con su enfermedad. El estrés se acompaña siempre de emociones ya que éstas aparecen como consecuencia de eventos evaluados como amenazantes, desafiantes o dañinos. Recuerde que la emoción y el estrés utilizan vías de expresión autonómicas, es decir, la activación del sistema nervioso simpático (ver antes).

El enfermo crónico recibirá algún tipo de tratamiento para su problema; cada uno de esos tratamientos presenta ventajas, limitaciones y molestias para los pacientes, de allí la importancia de que el psicólogo trabaje con el paciente antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento para lograr la mejor adaptación posible.

La hospitalización

El tratamiento médico de muchos enfermos crónicos requiere de hospitalización; la hospitalización causa estrés ya que el enfermo es sometido a una serie de eventos muy probablemente novedosos, desconocidos, que le representan amenaza, reto o desafío (Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Tsu, 1977). Todo ello inicia desde la expectativa de la persona, que asu-

me que va a ser atendido como enfermo crónico en forma ambulatoria; al acudir a consulta el médico le refiere que como parte del tratamiento es necesario internarlo. Al ser enviado a internamiento, el paciente se enfrenta a una serie de nuevos estresores. Tiene que dejar su ropa y usar una bata; es colocado en un cuarto con varias camas, lo que indica que tendrá que compartir su habitación con uno o varios desconocidos, por lo que o bien escuchará las quejas de dolor del paciente de al lado o bien él como paciente expresará o no sus propias quejas para no importunar al vecino.

El internamiento hospitalario aleja al enfermo de sus familiares, quienes no pueden estar con él(ella) todo el tiempo ya que las visitas se encuentran restringidas; si el paciente es una mujer joven, sus hijos no podrán visitarla, por lo que constantemente se preguntará: ¿Cómo están? ¿Qué estarán haciendo? ¿Quién los estará atendido? ¿Los están atendiendo bien? Y muchas preguntas más, que le harán generar más estrés. Si el paciente es el jefe de familia, probablemente las preocupaciones y pensamientos se centrarán en que, estando internado, no puede trabajar y por lo tanto no gana dinero y no habrá sustento para su familia.

El paciente identifica otro cambio importante en la hospitalización a través de los horarios de alimentación, el tipo y cantidad de alimentos que se le ofrecen; si bien es cierto que la alimentación que se le ofrece al paciente en el hospital es probablemente la ideal para su padecimiento, no lo es necesariamente para su estilo de alimentación. Respecto de las excretas, si lo tiene permitido, el paciente tendrá que caminar para ir a orinar o a defecar; de lo contrario, tendrá que adaptarse a un accesorio que de cómodo solamente tiene el nombre. Si tiene que bañarse hay que caminar hasta los baños comunes, esperar turno y bañarse, muy probablemente de distinta forma a como acostumbraba en casa. Por las noches el sueño frecuentemente es interrumpido por el personal que entra al cuarto, hace ruido y enciende las luces porque va a registrar los signos vitales de los pacientes

o se administrarán medicamentos. El pase de visita matutino puede ser un evento estresante más para el paciente en tanto que se aproximan a su cama varios desconocidos uniformados o con batas blancas que hablan de él en tercera persona, que lo etiquetan con un sinfín de calificativos en lenguaje técnico que muy probablemente no entiende pero que finalmente alguno de ellos le señala que en el transcurso del día le practicarán algún procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Los familiares y el apoyo social

El apoyo social es un área donde la familia juega un papel fundamental ya que dentro de ésta se aprenden hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad. Por lo general cuando alguien enferma en casa tienen que tomarse decisiones respecto del cómo enfrentar el problema médico.

En la enfermedad aguda de alguno de los hijos: ¿Cuál es el comportamiento de los padres? Puede ser que ante un cuadro de gastroenteritis aguda de alguno de los hijos los padres decidan usar algún remedio casero o automedicar al menor con alguno de los productos que comúnmente se anuncian en la televisión; otros padres podrían acudir a la farmacia más cercana a preguntar por algún medicamento y administrarlo, mientras que otros podrían acudir con el hijo enfermo a una institución de salud para solicitar consulta médica.

Toda vez que se ha instaurado tratamiento para el enfermo, la madre procura vigilar al hijo enfermo, probablemente le prepare una alimentación diferente, le administre los medicamentos prescritos y se encuentre alerta de la desaparición de los síntomas. Tal vez le dejen de administrar medicamentos cuando desaparecen los síntomas; si los medicamentos fueron prescritos por un médico e indicó un determinado número de días de tratamiento, ¿en cuántos casos de enfermedad aguda se siguen estas indicaciones? El ejemplo anterior nos permite afirmar que la historia de enfermedades del paciente

nos puede dar información de importancia respecto de la forma como se ha enfrentado en el pasado a la enfermedad, si se busca ayuda médica o se utilizan remedios caseros o se automedica y si se ha adherido al tratamiento; esta historia además nos permite: a) evidenciar las formas en las que la familia ha enseñado cuidados al paciente, b) señalar la importancia que el enfermo y su familia le dan al apoyo social, c) identificar si el paciente ha tenido una historia de adherencia y d) identificar las estrategias de enfrentamiento que el paciente ha utilizado en el pasado.

La familia del enfermo crónico generalmente acompaña al paciente a las consultas y a los distintos tratamientos, privilegiando la atención al enfermo; es común que algún miembro de la familia abandone el trabajo para ocuparse de él(ella), lo que provoca una desorganización en las actividades de cada uno de los miembros de la familia nuclear del enfermo. Aunado a lo anterior, las actividades que desempeñaba el enfermo se redistribuyen entre los miembros de la familia y uno de ellos se erige como cuidador primario. Lo ideal sería que la familia se reuniera y buscara estrategias para resolver el problema de cuidar al enfermo y desempeñar de la mejor manera posible sus actividades y la vida cotidiana. En la medida que los miembros de la familia no logren ajustarse a las crecientes demandas del enfermo crónico, cuando el cuidado del paciente sea visto como un problema que se prolonga en el tiempo y que a pesar de la ayuda brindada no existen cambios en la situación, se puede provocar el retiro del apoyo con la consecuencia de soledad y aislamiento, además de que la cronicidad del padecimiento provoca el deterioro progresivo tanto del paciente como en muchas ocasiones del cuidador primario.

Los tratamientos

El paciente con enfermedad crónica puede ser tratado médicamente; en términos generales, los médicos se quejan de que los pacientes no siguen las indicaciones, que no obedecen o que no entienden la gravedad de la enfermedad, mientras que los pacientes

se quejan de que no entienden el lenguaje del médico, quien le escribe una receta prácticamente sin mirarlo a los ojos y sin explicarle en lenguaje claro y sencillo la utilidad de la prescripción. Además, algunos medicamentos pueden hacer que el paciente presente nuevos síntomas, que no son más que reacciones secundarias al uso del medicamento y ante la presencia de éstos los pacientes pueden abandonar el tratamiento, con las graves consecuencias que ello implica (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992). Por lo anterior es de suma importancia que el paciente entienda la necesidad de tomar los fármacos a sus horas y cumplir con las indicaciones médicas, higiénicas y de alimentación, por lo que el trabajo debe centrarse en la adhesión al tratamiento; se debe trabajar con el paciente para buscar formas de que recuerde medicamentos y horarios y que registre la toma de éstos, ya que uno de los problemas más frecuentes es que los pacientes olvidan la toma del medicamento. Para ello se le debe ofrecer al paciente una forma de registro sencilla y adecuada, que puede ser un formato a color con los medicamentos y las horas del día, el cual puede ser icónico si es que el paciente no sabe leer; entonces, se colocan en una hoja una columna con imágenes de las cajas, frascos o jeringas con medicamento y en otras columnas las horas del día, utilizando inclusive imágenes de reloj apuntando la hora o un amanecer, el mediodía y la luna, para que el paciente recuerde el horario de toma del medicamento y lo registre. Este tipo de autorregistros dependen de la respuesta del paciente pero pueden ser altamente efectivos, sobre todo si se contrastan con el número de pastillas ingeridas por el paciente, lo cual nos aumenta la confiabilidad de éstos. La adherencia al tratamiento puede incrementarse también utilizando a los familiares del paciente para que le recuerden de los horarios de toma de los fármacos, que lo ayuden y apoyen en la preparación e ingestión de alimentos y en regular la cantidad de líquidos ingeridos.

En relación a la alimentación, las restricciones impuestas a los enfermos crónicos obligan a la preparación de alimentos distintos a los que consume

el resto de la familia habitualmente; las raciones deben ser vigiladas cuidadosamente y el paciente puede tener la sensación de ser castigado por la imposición de una alimentación que probablemente le disguste. Para evitar en la medida de lo posible esta sensación de castigo, el psicólogo, el paciente y sus cuidadores pueden discutir, sobre un listado de alimentos permitidos, las cantidades y raciones, además de que es posible identificar los eventos antecedentes y consecuentes en la alimentación para que el paciente tenga la sensación de que él controla la cantidad y tipo de alimento y líquidos ingeridos; esto significa que el paciente puede planear y organizar sus horarios de alimentación y el tipo de alimentos ingeridos, siempre dentro de lo indicado.

En padecimientos como el cáncer los tratamientos pueden incluir medicamentos, uso de radiaciones, cirugía o una combinación de ambas. Por lo general los tratamientos se tornan altamente agresivos para los pacientes ya que con frecuencia existen una serie de reacciones secundarias al uso de medicamentos (conocidos genéricamente como quimioterapia). Algunos tumores cancerosos pueden no producir síntomas, por lo que cuando se instaura la quimioterapia y se presentan los síntomas derivados de la misma (náuseas, vómito, debilidad generalizada, sueño, pérdida del apetito, etc.) y las consecuencias del tratamiento (alopecia, anemia, flebitis regional por aplicación de medicamentos endovenosos) los pacientes manifiestan quejas, molestias y estrés derivados de la aplicación del tratamiento. Si bien es cierto que estos síntomas por lo general desaparecen con el tiempo, también los pacientes reciben tratamiento de manera cíclica, lo que permite que los pacientes aprendan las relaciones entre quimioterapia y síntomas, por lo que una de las estrategias de enfrentamiento que pueden utilizar algunos pacientes es la evitativa: si antes del tratamiento no tenía síntomas y al recibir el tratamiento hay una gran cantidad de síntomas, se deja de asistir a las sesiones, arguyendo multitud de síntomas.

Dolor crónico

Al hablar sobre dolor es común referirlo como una experiencia nociva, generalmente relacionada con daño hacia alguna parte del organismo y por lo general se le describe como una experiencia con temporalidad limitada; no obstante lo anterior, al clasificar la experiencia dolorosa debemos señalar la existencia de dolor agudo, generalmente de inicio súbito y cese en un período breve (el ejemplo podría ser el dolor de cabeza o cefalea), el cual puede iniciar de manera súbita, aumentar en intensidad y desaparecer tras la ingesta de algún analgésico de venta libre. La distinción de este tipo de dolor sería contra el dolor crónico periódico intermitente (como el que podría presentar alguna mujer cada que se acerque su nuevo período menstrual). El otro tipo de dolor es el crónico progresivo, que por lo general se presenta ante el crecimiento de masas tumorales que presionan algún trayecto nervioso.

Por lo general todos hemos tenido alguna experiencia de dolor agudo y ésta puede haber variado en intensidad, cualidades de la experiencia dolorosa, duración de la misma y el significado que le demos. Piense el lector en la diferencia que podría establecer entre el tipo de dolor agudo y punzante de una muela contra el dolor cólico producto de una infección intestinal. Al realizar un ejercicio de remembranza de alguna experiencia dolorosa debiéramos identificar: ¿De qué fenómenos se acompaña la experiencia dolorosa? ¿Qué eventos incrementan la sensación dolorosa? ¿Qué eventos disminuyen el dolor? ¿El dolor cede o se calma de alguna forma?

El dolor agudo se acompaña de una serie de conductas que hemos aprendido a través de la vida; probablemente aprendimos que el dolor debe acompañarse de expresiones verbales de queja, probablemente hasta de llanto, las cuales al paso del tiempo las realizamos de manera automática; pudimos haber aprendido que el dolor cólico abdominal disminuye al recostarse de lado, arquear el cuerpo y colocar los brazos sobre el abdomen presionándolo o que la cefalea mejora al colocarse compresas húmedas en la

cabeza, etc. Estas conductas que acompañan al dolor agudo pudieron haber sido moldeadas por nuestros padres, lo que implica que fueron aprendidas, reforzadas de manera intermitente y mantenidas debido a su relativo éxito. Imagine el lector que ante la aparición de dolor abdominal cólico, la expresión de queja, el llanto y el adoptar determinada posición quien refiere el dolor será excusado de realizar sus actividades cotidianas, probablemente al menos algún miembro de la familia podría estar hipervigilante ante mayores quejas, podrían llevarle alimentos a la cama, colocarle el televisor, etc. Cuando el dolor (y la enfermedad aguda) se alivian, los cuidados al paciente terminan y éste retorna a sus actividades cotidianas. Pero el dolor agudo y el crónico progresivo difieren: Quien en algún momento experimente dolor crónico progresivo probablemente se enfrente la experiencia dolorosa como si fuese aguda, con resultados muy pobres en el manejo y control del dolor, lo cual generará estrés debido a una evaluación incorrecta de la situación, lo que generará la falta de control; en el dolor crónico progresivo el uso de medicamentos no necesariamente elimina el dolor. La no eliminación del dolor, la ineficacia de las conductas relacionadas con el mismo y el estrés exacerbarán la percepción de dolor en mayor o menor medida, dependiendo de la valoración que la persona haga con relación a la situación, a la enfermedad subyacente, a la historia de reforzamiento de las conductas asociadas al dolor y a la sensación de falta de apoyo social, lo cual puede llevar al paciente al desamparo aprendido (Esteve, Ramírez-Mestre y López-Martínez, 2007).

El enfermo terminal

Al referirnos a los enfermos terminales probablemente por su condición sean quienes menos sufran de estrés o consideren que el concluir el ciclo de vida puede convertirse en la mejor alternativa ante la ineficacia de los tratamientos y la agresividad de los mismos, ante los altos costos de los cuidados y la disminución de la calidad de vida, ante el ineficaz manejo del dolor, etc.

Cuando alguna enfermedad crónica como el cáncer o la enfermedad renal alcanzan su etapa terminal los pacientes requieren de una serie de cuidados cada vez más frecuentes, hasta llegar a ser continuos, cuyo objetivo es buscar la disminución o el control de los síntomas, particularmente el dolor, con el propósito de mejorar, en la medida de lo posible, su calidad de vida, lo cual permite que paciente y familiares cercanos puedan mejorar sus condiciones generales, lo que les posibilita una mejor toma de decisiones con respecto al día a día de aquéllos (Allende-Pérez, Flores-Chávez y Castañeda, 2000).

Muchos enfermos consideran que el recibir atención hospitalaria cuando se encuentran en fase terminal consiste en aislarse de sus familiares, con la posibilidad de morir solos; por lo general desean optimizar el contacto con su familia y para ello prefieren recibir atención en su domicilio. Las ventajas de la atención domiciliaria de los pacientes son: ambiente cálido y conocido, mantenimiento de la interacción familiar, un mayor apoyo social, disponibilidad de tiempo, intimidad y actividades ocupacionales.

Con el objeto de manejar de la mejor manera posible el estrés que representa el dolor crónico progresivo, la incapacidad funcional y la sensación de pérdida de energía, la planeación de actividades día a día con el paciente, evaluando lo que puede y lo que no puede realizar permitirá encontrar algunas actividades que tendrán como objetivo la distracción, el programar las mismas a lo largo del día alternando períodos de descanso, de actividad y de toma de decisiones anticipadas ante la inminente muerte ofrecerá a paciente y familiares alternativas para enfrentarse a este evento ineludible de la mejor manera posible.

Comentario final

Los especialistas en Medicina Conductual en las diversas áreas de trabajo con pacientes se enfrentan a una variedad de actividades estresantes; tienen que enfrentarse con pacientes y familiares en crisis, a la comunicación de malas noticias, a evaluar cotidia-

namente el curso clínico de sus pacientes, pudiendo notar que la condición clínica de los mismos puede empeorar, deben responder adecuadamente ante las emociones experimentadas por los pacientes y sus familiares, deben entender las metas de pacientes y familiares con relación al tratamiento, el curso de la enfermedad y sus complicaciones y ante esta variedad de situaciones deben tomar decisiones, por lo que el estrés al que se enfrentan es sumamente elevado. El estrés puede variar de acuerdo al área de trabajo en la que se desenvuelva, pudiendo ser de mayor intensidad en el área de cuidados paliativos y enfermos terminales.

REFERENCIAS

- Aliaga, F., y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la “Escala de Modos de Coping” (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 2, 17-26. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Revista/index.htm>
- Allende-Pérez, S., Flores-Chávez, P. y Castañeda de la Lanza, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46, 10-16.
- Basler, H-D., Kaluza, G. y Bayer, A.L. (2003). Evaluación de un programa de salud de afrontamiento al estrés. *Ansiedad y Estrés*, 9, 85-91. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/Revista/index.htm>
- Bliss, M. (1993). Rewriting Medical History: Charles Best and the Banting and Best myth. *Journal of the History of Medicine*, 48, 253-274.
- Brengelmann, J.C. (1986). Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*, 2, 47-77.
- Bridges, P.K. y Jones, M.T.(1967). Personality, psyche and the adrenocortical response to a psychological stress. *British Journal of Psychiatry*, 113, 601-605.
- Cannon, W. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Cohen, F. y Lazarus, R. S. (1973) Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.
- Cohen, F. y Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. in George C. Stone, Frances Cohen, and Nancy E. Adler (Eds.). *Health Psychology* (pp. 217-254) San Francisco: Jossey-Bass.
- D’Zurrilla, T. y Godfried, M.(1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D’Zurilla, T.J. y Nezu, A.M.(1999). *Problem-solving therapy*. New York: Springer Publishing Co.
- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. y López-Martínez, A.E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 179–188.
- Farkas, C. (2002). Estrés y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Psyche: Revista de la Escuela de Psicología*, 11, 57-68.
- Folkman, S., Schaefer, C. y Lazarus, R.S. (1979). Cognitive processes as mediators of stress and coping. In Vernon Hamilton and David M. Warburton (Eds.). *Human Stress and Cognition*. Chichester, England: Wiley. Pp. 265-298
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170
- Gonzalez-Forteza, C., Pick-Steiner, S., Collado-Miranda, M.E. y Alvarez-Izazaga, M.A. (1996). Estresores de la sexualidad de los adolescentes y su forma de enfrentarlos. Un estudio exploratorio en México. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 42, 43-49

- Gonzalez-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M.E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental, 21*, 37-45.
- González-Martínez, M.T. y García-González, M.L. (1997). Evaluación de las estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicosomática, 18*, 17-27.
- Haggard, E. A. (1943). Experimental studies in affective processes: I. Some effects of cognitive structure and active participation on certain autonomic reactions during and following experimentally induced stress. *Journal of Experimental Psychology, 33*, 257-284.
- Janis, I.L. (1951). *Air war and emotional stress; psychological studies of bombing and civilian defense*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Janis, I.L. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients.*, (pp. 179-194). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc,
- Jones, M.T., Bridges, P.K. y Leak, D. (1970). Correlation between psychic and endocrinological responses to emotional stress. *Prog Brain Res, 32*, 325-335
- Kirchner, T. y Mohino, S. (2003). Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 30*, 77-85. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/staff_psiqui1.htm
- Labiano, L.M. y Correche, M.S. (2002). Afrontamiento del estrés. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 11*, 105-112.
- Lacey, J.I., y Van Lehn, R. (1952). Differential emphasis in somatic response to stress. *Psychosomatic Medicine, 14*, 71-81.
- Lazarus, R.S., Deese, J. y Hamilton, R. (1954). Anxiety and stress in learning: the role of intraserial duplication. *Journal of Experimental Psychology, 47*, 111-114. Disponible en: <http://www.apa.org/journals/xge.html>
- Lazarus, R.S. (1966) *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.). *Medical psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 143-163.
- Meichenbaum, D.(1981) *Stress inoculation training*. New York: Plenum Press.
- Moos, R.H. y Tsu, V.D. (1977). The crisis of physical illness; an overview. In: R.H. Moos (Ed). *Coping with Physical Illness*. New York: Plenum.
- Nerenz, D.R. y Leventhal, H. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York: Academic Press.
- Olivares, J., Rosa, A.I y Sánchez-Meca, J. (2000). Meta-análisis de la eficacia de las habilidades de afrontamiento en problemas clínicos y de salud en España. *Anuario de Psicología, 31*, 43-61. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61439/88391>
- Omar, A.G. (1995). Desempleo, estrategias de coping y diferencias debidas al sexo. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional, 14*, 57-71.
- Omar, A.G. (1996). Estado de ánimo y su vinculación con las estrategias de coping en la vida cotidiana. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 1*, 181-192.

- Pavlov, I.P. (1926). Los reflejos condicionados. En: J. Gondra (1982) *La Psicología moderna* (pp. 473-487). Bilbao: Desclee de Brouer.
- Peñacoba-Puente, C., Díaz-Gutiérrez, L., Goiri-Pueyo, E. y Vega-López, R. (2000). Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: Un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 341-356. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/publicaciones/trabajo/>
- Perkins, K.A., Dubbert, P.M., Martin, J.E., Faulstich, M.E. y Harris, J.K. (1986). Cardiovascular reactivity to psychological stress in aerobically trained versus untrained mild hypertensives and normotensives. *Health Psychology*, 5-4, 407-421.
- Reidl-Martínez, L. y Sierra-Otero, G. (1996). Afrontamiento al estrés y criterios de salud mental en madres solteras a través de grupos de reflexión. *Revista Mexicana de Psicología*, 13, 187-197.
- Reynoso-Erazo, L. (1989). *Cuide su corazón*. México: Promexa ed Patria.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Riquelme, A., Buendía, J. y Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5, 83-89.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., Pastor, M.A. y Massuti, B. (1994) Afrontamiento de la enfermedad, variables psicosociales y calidad de vida en enfermos oncológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0, 113-119.
- Ross, B.M., Rupel, J.W. y Grant, D.A. (1952). Effects of personal, impersonal, and physical stress upon cognitive behavior in a card sorting problem. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 47, 546-551. Disponible en: <http://www.apa.org/journals/psp.html>
- Rubin, R.T., Miller, R.G., Arthur, R.J. y Clark, B.R. (1970). Differential adrenocortical stress responses in naval aviators during aircraft carrier landing practice. *Psychological Report*, 26, 71-74.
- Rubin, R.T., Rahe, R.H., Clark, B.R. & Arthur, R.J. (1970). Serum uric acid, cholesterol, and cortisol levels. Interrelationships in normal men under stress. *Archives of Internal Medicine*, 125, 815-819.
- Seligson-Nisenbaum, I. y Reynoso-Erazo, L. (1999). Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos. *Apuntes de Psicología*, 17, 293-307. Disponible en: <http://www.cop.es/delegaci/andocci/index.asp>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 41-54. Disponible en: <http://www.rlpsi.org/index2.htm>
- Watson, J.B. (1919). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincot.
- White, B.V. y Gildea, E.F. (1937). "Cold pressor test" in tension and anxiety: a cardiochronographic study. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38, 964-984.

CAPÍTULO 8

El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual

Sandra A. Anguiano Serrano

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores problemas que enfrenta el sector salud en México. Lo son por varios factores: 1) un número importante de afectados, 2) su mortalidad, 3) la causa más frecuente de incapacidad prematura y el costo elevado de su tratamiento, y 4) porque se han convertido en un problema de salud pública.

La alta frecuencia hoy en día de este tipo de enfermedades fue por el resultado de cambios sociales y económicos que han venido modificando el estilo de vida de un gran porcentaje de la población (Córdova et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) señala las siguientes cifras epidemiológicas: 1) Casi el 80% de las defunciones por ECNT se producen en los países de ingresos bajos y medios, 2) más de 9 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se dan con frecuencia en personas menores de 60 años, y el 90% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medios, y 3) comparten cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el abuso del alcohol y las dietas inadecuadas (González, 2013).

Las ECNT no sólo afectan la economía de las familias que las padecen, sino que también representan altos costos para el sector salud, sobre todo, cuando no hay una adherencia adecuada a los tratamientos médicos y a los cambios de estilo de vida que tienen que realizar las personas que padecen alguna enfermedad crónica.

Descripción general de la enfermedad y estadísticas actuales

Una de las principales ECNT es la diabetes mellitus tipo 2, que es una enfermedad endocrina y metabólica, que se caracteriza por la elevación de valores de glucosa en sangre por encima de los 120 mg por 100 ml de sangre. Este padecimiento presenta además otros datos clínicos, como: poliuria (emisión de un volumen de orina superior al esperado), polidipsia (sed exagerada y beber demasiada agua y polifagia (hambre exagerada y comer en exceso). Estos tres datos son evidencia del mal manejo de la glucosa por una deficiencia parcial de la hormona llamada insulina, dicha hormona se produce en el páncreas y es distribuida hacia las células del organismo y funciona como un facilitador de la difusión de la glucosa. En una persona sana, gracias a la insulina, la glucosa penetra con facilidad al interior de las células, pero cuando existe una enfermedad como la diabetes, la relación insulina-glucosa se desequilibra y la facilidad con la que ingresa esta última a las células es menor, provocando una acumulación de ésta en la sangre, entonces los músculos obtienen la energía que necesitan a partir de las reservas almacenadas (grasas y proteínas); y esto puede resultar en un estado similar al de la desnutrición que puede terminar en otras complicaciones o en coma (Amigo, Fernández y Pérez, 2009; Reynoso y Seligson, 2005).

Las complicaciones de salud por diabetes mellitus son múltiples, pero las más graves son: 1) nefropatía, que es la primera causa de insuficiencia

renal crónica, 2) retinopatía diabética, las cifras para retinopatía oscilan entre 14% para pacientes con menos de siete años de evolución de la enfermedad y 70% cuando la duración supera los 15 años. Los pacientes diabéticos tienen 25 veces más probabilidades de padecer ceguera que los que no lo son, 3) la neuropatía diabética, que suele presentar síntomas que pueden ser incapacitantes, y que reflejan un daño extenso y avanzado, 4) el “pie diabético,” que es una lesión ulcerosa, y que hasta en una cuarta parte de los casos puede evolucionar a necrosis y pérdida de la extremidad, y 5) la hipercolesterolemia, que contribuye a la formación de ateromas coronarios y cerebrales (Sabag, Álvarez, Celiz y Gómez, 2006; González, 2013).

En México las cifras epidemiológicas de la diabetes mellitus son preocupantes; según la Federación Internacional de Diabetes, México se encuentra entre los primeros 10 países con mayor incidencia de diabetes mellitus, ocupando el lugar número 7, con 10.3 millones de personas diagnosticadas con este padecimiento (IDF, 2013). Por otra parte, el INEGI reportó en 2011 a nivel nacional las siguientes cifras: 1) 9 de cada 100 personas no aseguradas que se realizaron una prueba de diabetes, ésta fue positiva, 2) De cada 100 egresos hospitalarios por alguna complicación de diabetes mellitus, 24 fueron de tipo renal, 3) la incidencia de diabetes se incrementa con la edad, la población de 60 a 64 años presentó la cifra más alta (1788 por cada 100 mil habitantes del mismo grupo de edad), 4) Durante 2011, 70 de cada 100 mil personas murieron por complicaciones de diabetes mellitus, y 5) las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo 2. En 2011 representaron 62% en mujeres y 61% en hombres (INEGI, 2013). Las estadísticas futuras sobre esta enfermedad son alarmantes, ya que se estima que para el año 2025 habrá 12 millones de habitantes con Diabetes en México.

Caso aparte son los pacientes hospitalizados por complicaciones de la diabetes, en donde las estadísticas del Sector Salud, señalan que en los meses de enero a marzo de 2013, se registró un promedio de

34.9% de casos hospitalizados, en el grupo de 65 años y más, en donde predominó el sexo femenino (54.9 %). La media de glucemia al ingreso hospitalario fue de 264 mg, y una media de 144.7 mg al egreso (Dirección General de Epidemiología, 2013).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran los siguientes: 1) Factores que se pueden modificar, como la obesidad, hábitos de alimentación inadecuados y sedentarismo, y 2) Factores que no se pueden modificar: ser mayor de 40 años (a mayor edad, mayor riesgo), tener familiares de primer grado con diabetes (madre, padre o hermanos), haber tenido diabetes gestacional, haber tenido hijos con un peso mayor o igual a 4 Kg al nacer y por último, pertenecer a una población étnica con alto riesgo (p.e.: latinoamericanos). Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud y la OMS estiman que en Belice, México y Estados Unidos, aproximadamente el 30% de su población tiene obesidad, que es uno de los factores de riesgo detonante de la diabetes mellitus tipo 2 (Federación Mexicana de Diabetes, 2010; INEGI, 2013). Este riesgo se correlaciona más con la obesidad central o androide que con la obesidad periférica. La obesidad, especialmente la central, causa una resistencia periférica de la insulina y puede disminuir la sensibilidad de las células β a la glucosa (Alpizar, 2001; Rodríguez, García, Rentería y Nava, 2013).

Un aspecto ligado a la obesidad son los hábitos de alimentación inadecuados, así como una vida sedentaria. Si la mayoría de las personas tuvieran una alimentación adecuada desde la niñez hasta la vida adulta, además de una actividad física constante, junto con un chequeo médico periódico, esta enfermedad podría evitarse o disminuir considerablemente su prevalencia. Sin embargo en la realidad del país, este escenario no ha sido posible, a pesar de que existen campañas por parte del sector salud en donde se recurre a medios informativos y se ofrecen consultas preventivas en hospitales públicos. Al respecto, la

American Psychological Association (2000), señaló a la década que va de 2000 a 2010 como la década del comportamiento, cuya premisa señala que los principales problemas de salud que se padecen a nivel mundial, podrían prevenirse o mitigarse mediante cambios conductuales en educación y en atención a la salud, aumentar la seguridad en hogares y comunidades, promover la democracia y atender las demandas de una población que envejece, destacando así el papel que juega la medicina conductual para lograr estas metas.

El tratamiento de la diabetes mellitus desde la medicina conductual

Para el campo de la medicina conductual se han desarrollado una amplia gama de intervenciones para este padecimiento que Plack, Herpetz y Petrack (2010) agrupan en las siguientes áreas: 1) Adhesión al tratamiento, 2) Estrategias de enfrentamiento, 3) La conciencia de la glucosa en la sangre, y 4) La reducción del estrés.

Uno de los aspectos fundamentales que tiene que ver con la adhesión al tratamiento de la diabetes es el cambio de hábitos de alimentación, que es un objetivo difícil de lograr por la mayoría de los pacientes (Weissberg et al., 1995; Hernández, Téllez, Garduño y González, 2003; Taylor, 2007). Al respecto Ortiz y Ortiz (2007) señalan que existen varios factores que influyen en la adhesión al tratamiento, que pueden ser desde factores personales, factores del sistema de salud, factores de la propia enfermedad o del tratamiento. Entre los factores personales se encuentran las variables como la motivación, el desconocimiento, la baja autoestima y la depresión. Asimismo, establecen que a mayor complejidad del tratamiento menor adhesión terapéutica. Por otra parte, Rodríguez, Rentería y García (2013) establecen que una adecuada adhesión al tratamiento está relacionada con la posesión de competencias específicas de cuidado de la salud y con la emisión de conductas instrumentales de riesgo y preventivas.

Factores que influyen en la adhesión al tratamiento
Amigo, et al. (2009); Beléndez y Méndez (1995); Fernández y Pérez (1996); Irvine, Saunders, Blank y Carter (1990) y Shillitoe, (1988) señalan las siguientes barreras para la adhesión al tratamiento para la diabetes mellitus:

1. La complejidad y la cronicidad del tratamiento, además de la aversividad de los tratamientos (inyecciones de insulina y controles de glicemia).
2. Las modificaciones en el estilo de vida, tales como las restricciones en la dieta, la modificación de actividad física y el control de las situaciones cotidianas estresantes.
3. La interdependencia de la conducta del paciente con otras personas de su entorno, que pueden facilitar su adherencia al tratamiento, o una barrera al mismo. El apoyo social es una condición facilitadora del tratamiento.
4. La ausencia de síntomas, ya que durante los períodos hiperglicémicos, la mayoría de los diabéticos no presenta síntomas.
5. Las complicaciones asociadas a la diabetes ocurren a largo plazo, por lo cual esta condición no actúa como un reforzador a la adhesión.
6. La ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento. La normalización glucémica depende de múltiples factores que no siempre son contingentes al cumplimiento, y el incumplimiento no siempre produce consecuencias aversivas inmediatas.
7. En la práctica médica convencional, por lo general no se emplean términos operativos, no se atiende al estilo de vida del paciente, no se proporciona el feedback adecuado sobre los problemas surgidos, ni el modelado de los comportamientos requeridos. La mayoría de los médicos desconocen el estilo de vida del paciente.
8. La ausencia de conocimiento y habilidades específicas para el adecuado seguimiento del tratamiento. Al respecto, muchos pacientes no saben qué tipo de ejercicio físico seguir para reducir los niveles de glicemia, o cómo sustituir adecuadamente alimentos de su dieta.

Depresión y diabetes mellitus

Existen varios estudios metaanalíticos que han demostrado que las personas que padecen diabetes tienen el doble de probabilidades de padecer sintomatología depresiva (Anderson, Freedland, Clouse y Lustman, 2001; Katon et al., 2008; Yemi y Susman, 2006; Verma et al., 2010). En estos estudios se ha cuestionado si la depresión es el resultado del padecimiento de la diabetes, o si la diabetes es el resultado de la depresión (Anderson et al., 2001; Bowen, Henske y Potter, 2010; Katon et al., 2008; Kawakami, Takatsuka, Shimizu e Ishibashi, 1999; Verma et al., 2010; Yemi y Susman, 2006). La etiología de la diabetes debido a la depresión, es la más difícil de probar. Al respecto, Derijks et al. (2008) señalan que el uso de antidepresivos puede alterar la homeostasis de la glucosa al grado de generar un mayor factor de riesgo para una complicación que derive en diabetes.

Dejando a un lado las posibles causas que puedan explicar esta comorbilidad, las consecuencias de la sintomatología depresiva en individuos que padecen diabetes, pueden ser altamente negativas, si no hay un adecuado tratamiento (García, 2012).

Uno de los mayores obstáculos para que un paciente diabético siga un tratamiento de por vida, es la sintomatología depresiva, ya que ésta afecta negativamente la adherencia a la medicación, las recomendaciones dietéticas y de actividad física (Ciechanowski, Katon y Russo 2000; Ciechanowski, Katon, Russo y Hirsch, 2003).

La sintomatología depresiva puede afectar el control glicémico, la disminución de la actividad física, el aumento de obesidad, además de aumentar las complicaciones asociadas a la diabetes (Lin et al., 2004). Un estudio realizado por Goldney, Phillips, Fisher y Wilson (2004), señala que la prevalencia de la depresión en la población diabética es de un 23.6%, comparado con un 17.1% de la población no diabética. En un estudio llevado a cabo por Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011), concluyeron que la sintomatología depresiva y el apoyo social se asociaron con un alto nivel de estrés en pacientes diabéticos.

Para abordar esta problemática es recomendable buscar tratamientos psicológicos adecuados para la depresión, antes que recurrir a los antidepresivos. La alternativa más adecuada es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) para la depresión, ya que ésta no interfiere con los tratamientos médicos y no tiene efectos secundarios. Además la TCC proporciona a los pacientes las herramientas que les permitan hacer frente a futuros síntomas de depresión y por lo tanto, reducir el riesgo de recaídas de esta enfermedad (Dwight et al., 2000; Lustman y Clouse, 2005; Tovote et al., 2013).

El tipo de intervención terapéutica para la depresión más utilizado y recomendado, es una intervención a corto plazo que se centre en la activación conductual y ayude a modificar los pensamientos negativos del paciente. Al respecto, aunque hay evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis de la eficacia del tratamiento psicológico de la depresión en pacientes con diabetes en general (Baumeister, Jutler y Bengel, 2012; Van der Feltz et al., 2010; Tovote et al., 2013), pero poco se sabe acerca de qué tipos específicos de intervenciones psicológicas son las más eficaces.

En un reciente metaanálisis sobre la eficacia de la TCC para la depresión en pacientes con una diversidad de enfermedades crónicas (como la diabetes), se encontró que la TCC redujo significativamente los síntomas depresivos en comparación con condiciones de control (Beltman, Voshaar y Speckens, 2010). Específicamente en pacientes con diabetes, sólo se han realizado cuatro ensayos controlados para poner a prueba la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión, y en los cuatro ensayos se encontró que la TCC es efectiva para reducir los síntomas depresivos (Lamers et al., 2010; Lustman et al., 1998; Penckofer et al., 2012; Van Bastelaar, Pouwer, Cuijpers, Riper y Snoek 2011).

En las últimas décadas ha surgido otro tipo de terapia cognitiva, la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Terapia Cognitiva basada en la Conciencia)

(MBCT) que ha cobrado mucha popularidad entre las terapias cognitivo-conductuales de última generación (tanto en la práctica clínica como en la investigación). La MBCT integra el concepto de la atención plena, que se ha definido como “prestar atención de una manera particular: a propósito, en el momento presente, y sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003). Este tipo de intervenciones basadas en la conciencia, implican la práctica de esta forma de atención, o la conciencia, tanto en ejercicios formales (como la meditación y el yoga), y en los ejercicios informales en la vida cotidiana. Tanto la TCC y MBCT alientan la conciencia de los pensamientos y sentimientos para regularlos adecuadamente, sin embargo, difieren en la manera de aprender a adaptarse a este tipo de experiencias. En la TCC los componentes principales son la activación conductual y cuestionar críticamente para sustituir los pensamientos negativos por otros más adecuados, mientras que el principal componente de la MBCT es aprender a relacionarse de manera diferente con los pensamientos y sentimientos, sin “prejuicios” y aceptarlos. La MBCT ha sido diseñada como un método para prevenir la recurrencia de la depresión en pacientes con historia de trastorno depresivo. Entre los pacientes con diabetes, sólo existen cinco estudios (dos ensayos observacionales y tres ensayos aleatorios controlados) que se han llevado a cabo hasta ahora, para probar la efectividad de las intervenciones basadas en MBCT, mostrando disminuciones en los trastornos psicológicos (Hartmann et al., 2012; Rosenzweig et al., 2007; Schroevers et al., 2013; Van Son et al., 2013; Young et al., 2009) . Otro ensayo controlado aleatorio reciente que investigó el efecto de la MBCT para los pacientes con diabetes, encontró una mayor reducción de los síntomas depresivos en el grupo de atención en comparación con el grupo de control en lista de espera (Van Son et al., 2013). Hasta la fecha existen pocos estudios que han comparado directamente la TCC y la MBCT (Manicavasagar, Perich y Parker, 2012; Zautra et al., 2008), y ninguno de ellos ha sido realizado en una población diabética con síntomas depresivos.

Lo anterior tendría que analizarse desde una óptica diferente, quizás no haciendo la pregunta, ¿cuál de los dos tipos de terapia es mejor para el manejo de la depresión en pacientes diabéticos? Sino más bien: cómo, por qué y para qué pacientes podrían o no funcionar, tomando en cuenta sus características individuales, así como los recursos con los que cuenta a nivel personal e institucional.

Estrés y diabetes mellitus

Si bien, el estrés no es una causa directa de la diabetes, para las personas que tienen esta predisposición, un nivel de estrés incontrolable puede acelerar la aparición de la enfermedad. Asimismo, el estrés puede interferir con la adhesión al tratamiento, provocando una descompensación metabólica. De manera alterna, un bajo nivel de control glicémico, puede alterar el funcionamiento general del sistema nervioso y endocrino, exacerbando el efecto de las situaciones estresantes. El estrés puede afectar a los niveles de glucosa por tres vías diferentes: 1) vía pituitaria-córtico-adrenal a través del cortisol, 2) vía simpático-médulo-adrenal, a través de la adrenalina y la noradrenalina, y 3) a través de un incremento en la secreción del glucagón. Otras hormonas que incrementan la glicemia son la hormona del crecimiento, la prolactina y la betaendorfina. En las personas con diabetes mellitus, los factores estresantes se pueden agravar, ya que tienen que lidiar con las exigencias que se presentan en su vida cotidiana, junto con las características de su enfermedad, que les demanda cuidados permanentes. Por esta razón, cuando el paciente no tiene un adecuado manejo del estrés, los nervios que controlan el páncreas pueden llegar a inhibir la secreción de insulina. En las personas no diabéticas estas fuentes de energía pueden utilizarse y gastarse rápidamente, pero en las personas con diabetes la falta de insulina o la insensibilidad a la misma provocará que la glucosa recién producida se acumule por largos períodos en el torrente sanguíneo. Por lo tanto, es de esperarse que una persona diabética

sometida a un estrés excesivo presente niveles de glucosa elevados (Goetsch, 1993; Amigo, et al., 2009; Montes, Oropeza, Pedroza, Verdugo y Enríquez, 2013; Morris, Moore y Morris, 2011).

También, la literatura ha demostrado que la gente que tiene un inadecuado manejo del estrés, es más propensa a involucrarse en comportamientos que son riesgosos para la salud, como fumar, beber alcohol en exceso, consumir drogas, llevar una dieta inadecuada, dormir poco, no hacer ejercicio, etc. De esta manera el estrés actúa de manera indirecta como una causa de enfermedad, en tanto que influye en las conductas de salud (Marks et al., 2005; Nomura, Inoue y Akimoto, 2012).

Por lo tanto, el manejo del estrés en pacientes diabéticos debe ser un factor a considerar e incluirlo en el tratamiento del paciente diabético, para que éste tenga éxito. Es importante que el paciente adquiera estrategias de enfrentamiento adecuadas que le permitan manejar el estrés adecuadamente. Las técnicas a utilizar deberán ser seleccionadas después de una evaluación particular del paciente, sin embargo los procedimientos utilizados, son los mismos que han mostrado su efectividad en el campo de la modificación de conducta, tales como: 1) Técnicas de relajación o Biofeedback para reducir la activación fisiológica y 2) Entrenamiento de habilidades específicas que le permitan enfrentar las situaciones estresantes, tales como: técnicas asertivas y/o habilidades sociales, solución de problemas, reestructuración cognitiva para manejar los pensamientos o creencias inadecuadas que puedan interferir con el tratamiento médico.

En pacientes con diabetes mellitus, el estrés tiende a presentarse con mayor frecuencia, tanto en los inicios de la enfermedad como a lo largo de su evolución, ya que se considera estresante el solo hecho de padecer una enfermedad metabólica, crónica e incapacitante. El estrés está relacionado significativamente con un deficiente control glicémico en pacientes diabéticos (Guthrie, Bartsocas, Jarros-Chabot y Konstantinova, 2003; Peyrot, McMurray y Kruger, 1999; Polonsky, Fisher, Earles y Dudl, 2005).

En un estudio reciente, realizado por Montes et al. (2013) se aplicó un programa de reducción de estrés en pacientes diabéticos (DM 2), en donde el objetivo principal consistió en lograr una respuesta de relajación para mejorar el control metabólico. En esta investigación participaron ocho pacientes con un rango de edad de 43-69 años. El estudio tuvo tres fases: línea base retrospectiva (90 días), tratamiento (56 días) y seguimiento (90 días). Para determinar si el uso de estas técnicas mejoraba el control metabólico, se hizo una prueba de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) antes y después del tratamiento. Durante el tratamiento se entrenó a los participantes a tomar el registro de su glucosa y a practicar técnicas de control del estrés (atención en la respiración, relajación muscular, imaginación guiada, reestructuración cognitiva, actividad física y apoyo social). El tratamiento permitió que siete de los ocho participantes mejoraran o mantuvieran un buen control metabólico, con lo cual se demostró la utilidad de las técnicas cognitivo-conductuales para un adecuado manejo del estrés. La fundamentación de este estudio se centró en que la respuesta de relajación es antagónica a la respuesta de estrés, la cual permite un adecuado funcionamiento fisiológico, ya que la práctica constante de esta técnica hace que la frecuencia cardíaca y la respiración se hagan más lentas, y que el cuerpo utilice menos oxígeno y la sangre circule mejor. Cuando los individuos son capaces de manejar su respuesta de estrés, los medicamentos funcionan más eficazmente y es más fácil estar activo y apegarse a la dieta (Casillas, González y Montes, 2011). Los resultados de este estudio van en concordancia con los de una investigación realizada por Ortiz, et al. (2011) con 50 pacientes diabéticos, en donde también encontraron una asociación significativa entre altos niveles de estrés, bajas cifras de adhesión al tratamiento y altos índices de HbA1c.

Otro tema relacionado al estrés es el potencial efecto mediador que el apoyo social tiene sobre la relación estrés-enfermedad. Existen evidencias de que la gente con redes sólidas de apoyo social, vive

más y disfruta de mejor salud que las personas aisladas. Cohen (1988); Cohen, Mermelstein, Kamarck y Hoberman (1985); Cohen y Syme (1985); Cohen y Wills (1985); Holahan y Moos (1981); House, Landis y Umberson (1988); Uchino, Cacciope y Kiecolt-Glaser (1996); Witmer (1986), señalan que el apoyo social de alta calidad parece tener efectos positivos sobre los sistemas cardiovascular, endocrino e inmune, ya que éste tiene un efecto regulador en contra de los efectos del estrés.

Un estudio reciente realizado por Gomes-Villas, Foss, Foss de Feites y Pace (2012) tuvo como objetivo analizar la relación entre apoyo social percibido y adhesión a los tratamientos en 162 pacientes diabéticos, en donde el hallazgo principal, fue que a mayor percepción de apoyo social, mayor adhesión, tanto al tratamiento farmacológico (insulina y/o hipoglucemiantes orales), como al no farmacológico (dieta y actividad física). Sin embargo, no ocurrió lo mismo en cuanto al control metabólico de la glucosa (evaluada por la HbA1c), en donde la correlación no fue estadísticamente significativa. Se puede concluir de que aunque el apoyo social percibido tiene un peso significativo sobre las conductas de adhesión terapéutica, no existe una relación concluyente entre éste y los niveles de glicemia adecuados para el control de la diabetes; y por el contrario, parece existir una correlación significativa entre el control glicémico y los niveles de estrés.

Teniendo en cuenta lo anterior, cualquier intervención con pacientes diabéticos tendría que contemplar el uso de estrategias enfocadas a controlar el estrés, y que les permitan obtener un control metabólico a largo plazo, así como el uso de estrategias que ayuden a los pacientes a obtener apoyo social, tanto de personas significativas, como de instituciones o grupos de autoayuda que les permitan adquirir y mantener conductas de adherencia al tratamiento.

Un ejemplo de un Programa de Apoyo Social Institucional es el que realizó la Federación Internacional de Diabetes: Jóvenes Líderes en Diabetes, organizado conjuntamente con el Congreso Mundial

de Diabetes 2013 en Melbourne, Australia. El objetivo del programa es formar asesores eficaces para sus iguales. Los objetivos de dicho programa, son promover el autoconocimiento y la reflexión, así como la organización de grupos para la formación de líderes que contribuyan al manejo de la diabetes en su entorno (International Diabetes Federation, 2013).

Habilidades de autocuidado en diabetes mellitus

Un factor importante en el tratamiento de la diabetes mellitus, es que el paciente adquiera habilidades de autocuidado para manejar adecuadamente su enfermedad. Dentro de este rubro se podrían ubicar las habilidades de autocontrol, que irían de la mano con “tener conciencia” de los niveles de glucosa y de sus síntomas. El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es entrenar al paciente en estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Kanfer (1977) definió el autocontrol como aquellas estrategias que emplea un individuo para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes. Se dice que una persona posee autocontrol cuando no responde a las presiones de las contingencias externas del momento, sino en favor de algún objetivo a largo plazo.

Al respecto, Pantoja et al. (2009, 2011) elaboraron el programa: Alimentación Sana Autocontrolada (ASA), el cual se basa en técnicas conductuales de autocontrol con el objetivo de modificar hábitos alimenticios en pacientes diabéticos e hipertensos. El programa se desarrolló en la fundamentación de que las personas que tienen habilidades de autocontrol tienen más dominio en el control de la enfermedad al seguir adecuadamente el régimen dietético, logrando mejorar la percepción de autoeficacia, y por lo tanto la adherencia al tratamiento. En este programa el propio paciente es el protagonista de su autocuidado, modificando positivamente su conducta y su ambiente. La técnica que se utilizó para el entrenamiento en habilidades de autocontrol

fue la de aprendizaje estructurado, incluyendo componentes de la técnica entrenamiento en solución de problemas, adaptada para su aplicación grupal. Además, las tareas individuales consistieron en el llenado de autoinformes diarios del consumo de alimentos, formatos sobre el manejo de contingencias y práctica en la vida cotidiana de los ejemplos ilustrados durante las sesiones. El Programa ASA se estructuró en el formato de taller y se conformó por 19 sesiones, de las cuales 15 se impartieron de manera grupal y cuatro de manera individual. El programa tuvo un impacto positivo ya que se logró el aumento en el consumo de frutas, verduras, integrales y la disminución del consumo de alimentos con grasas saturadas. También se registró un decremento en el peso corporal, circunferencia abdominal, glicemia y presión sistólica de los participantes, aunque los autores destacan que una de las limitantes del estudio, es que por factores económicos no se pudieron realizar pruebas de HbA1c. El mayor aporte de este estudio está en la adquisición de nuevas conductas para el consumo de alimentos, así como también en la adquisición de habilidades de autocontrol, y que a la larga se esperaba que contribuyeran al aprendizaje de nuevos hábitos alimenticios que perduren a lo largo del tiempo.

Por otra parte, Rodríguez, et al. (2013) elaboraron un programa de intervención interconductual (taller grupal), basado en el Modelo Psicológico de Salud Biológica (Ribes, 1990), para mejorar la adherencia de pacientes diabéticos. Cabe destacar que el objetivo central de este programa era entrenar a los pacientes en técnicas conductuales para alterar factores disposicionales, en donde se les entrenó a alterar tendencias, entendiendo como tendencias, los hábitos alimenticios que interferían con la dieta, para ello se entrenaron habilidades de autocontrol, con el objetivo de que los pacientes regularan su propio comportamiento alimenticio. En una primera fase de este programa los pacientes recibieron información sobre la diabetes, nutrición, alimentos saludables y estrategias para elaborar menús adecuados a su dieta en diferentes situaciones. En la segunda fase se en-

trenaron habilidades de autocontrol para modificar hábitos que propiciaban que no se siguiera la dieta, así como el manejo de las funciones disposicionales que tienen ciertas propensiones (estados de ánimo que interfieren con la adherencia al tratamiento). Asimismo se emplearon estrategias de toma de decisiones, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales, para modificar conductas de otras personas del entorno del paciente, y que también pueden interferir con un adecuado seguimiento del tratamiento. Posteriormente en la tercera fase se midieron niveles de glucosa y se invitó a los pacientes a continuar de manera autónoma sus reuniones, en la modalidad de *club de diabéticos*. Se obtuvieron resultados positivos, y que los pacientes mostraron una reducción significativa en sus niveles de glucosa. Sin embargo, al igual que el estudio anterior, una de las limitaciones por factores económicos, fue que tampoco se pudieron llevar a cabo pruebas de HbA1c, que hubieran dado más confiabilidad a los resultados. Una de las principales aportaciones de este estudio es que la selección de los procedimientos se llevó a cabo con criterios funcionales y no morfológicos, lo cual marca una diferencia con otras intervenciones parecidas. Para cambiar hábitos alimenticios (tendencias, desde el enfoque interconductual) se entrenó al paciente en técnicas de autocontrol y de registros conductuales, para el cambio de estados de ánimo (propensiones), se utilizó el entrenamiento en solución de problemas, y para alterar o modificar la conducta de personas del entorno del paciente que interfieren con un adecuado seguimiento de la dieta, se utilizó la técnica de entrenamiento en habilidades sociales.

En ambos estudios se destaca como principal limitante la no aplicación de la HbA1c, al respecto, hay autores como Alayón (2007) que señala que aunque la HbA1c sigue siendo el mejor evaluador de control glicémico, no guarda relación con la adherencia autoinformada.

Es recomendable que en cualquier programa de autocuidado para la diabetes se incluya el auto-

monitoreo de la glucemia capilar (AMGC) por parte del paciente. Al respecto, García (2010) señala que aunque existe un consenso sobre la práctica de esta técnica en pacientes con diabetes tipo 1, en pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina es tema de debate. Sin embargo, el mismo autor recomienda que la AMGC sea una herramienta fundamental en la educación con el paciente con diabetes, ya que le permite involucrarse aún más en el tratamiento de su enfermedad, y no sólo enfocarse en la modificación de estilo vida (dieta y ejercicio). Sugiere que cuando el control sea estable, todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 deberían realizar control de la glucemia preprandial y posprandial al menos una vez al mes, y aumentar la frecuencia de las mediciones si los valores de HbA1c están fuera de los objetivos.

Por otra parte, Lawn, Battersby, Harvey, Pols y Ackland (2010) destacan que el autocontrol eficaz en la diabetes tipo 2 está vinculado a factores ambientales y al estilo de vida del individuo, y es por ello que elaboraron un programa que aplicaron a diferentes comunidades de población aborigen en el sur de Australia. Este programa se caracteriza por tener un enfoque conductual innovador, conocido como el *Programa Flinders para el Autocontrol de las Enfermedades Crónicas*, en donde destacan la

Principio 1	El paciente debe conocer su padecimiento.
Principio 2	Seguir un plan de tratamiento de acuerdo con el personal de salud.
Principio 3	Compartir activamente con el personal de salud la toma de decisiones.
Principio 4	Monitorizar y controlar los signos y síntomas de la enfermedad.
Principio 5	Controlar el impacto de la enfermedad sobre la vida física, emocional y social.
Principio 6	Adoptar un estilo de vida que promueva la salud.

Tabla 8.1. Programa Flinders para el autocontrol de las enfermedades crónicas.

perspectiva de la persona. El modelo Flinders se basa en seis principios reconocidos internacionalmente para un autocontrol eficaz (ver Tabla 8.1).

Uno de los principales objetivos de este programa, es que el paciente se involucre y se comprometa a plantearse el autocontrol en formas distintas. El resultado más importante de este programa fue una reducción significativa de la media de HbA1c a lo largo de 12 meses.

En conclusión, los programas de autocontrol son útiles para que el paciente tenga un papel activo, en el sentido de que sea él mismo quien tome decisiones sobre sus propios cuidados con el objetivo de mantener a la diabetes bajo control y prevenir las complicaciones de la enfermedad. Aunque las intervenciones grupales son útiles y de bajo costo, además de que funcionan como un apoyo social para el paciente, no se debe perder de vista las características personales y únicas, e implementar estrategias que también permitan abordar al paciente en lo individual.

Selección del tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2

Para seleccionar la estrategia de intervención más adecuada, se debe comenzar por hacer una evaluación exhaustiva del paciente, comenzando por una adecuada entrevista clínica, y el uso de diversos instrumentos de evaluación que permitan recabar información precisa que sea útil para la realización de un análisis funcional del caso, y posteriormente elaborar un programa de intervención adecuado para el paciente. Sin embargo, existen algunas directrices generales que pueden ayudar a tomar decisiones en el tratamiento, y que se presentan en el siguiente diagrama de flujo (Ver Figura 8.2).

La intervención con pacientes diabéticos hospitalizados

El impacto de la hiperglicemia en la morbimortalidad de los pacientes diabéticos es un factor que pue-

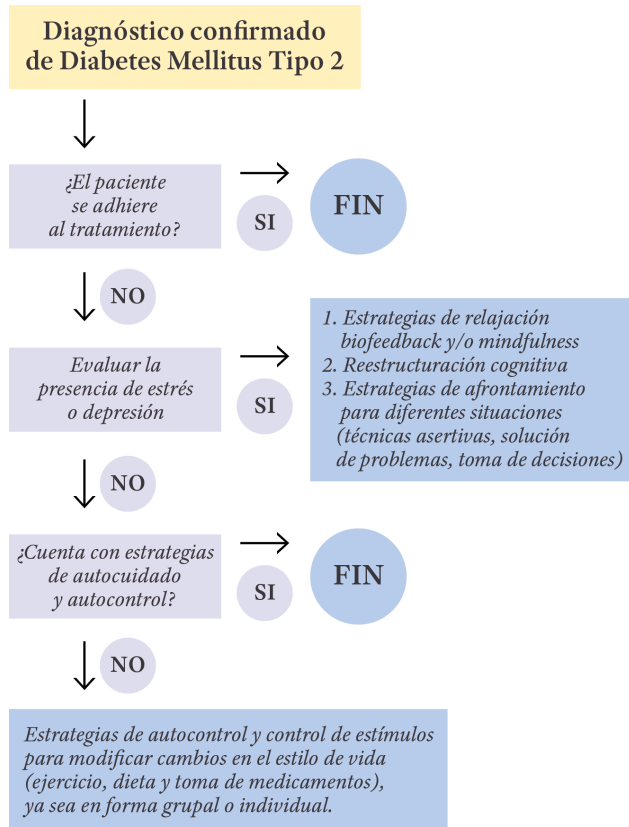


Figura 8.1. Diagrama de flujo para la toma de decisiones en pacientes diabéticos.

de afectar su calidad de vida y su salud, y los costos económicos de los pacientes hospitalizados son altos. Es por ello que se ha reconocido la necesidad de educación de los pacientes durante la hospitalización y en el momento del alta, para que éstos sean capaces de automonitorear sus niveles de glicemia y seguir el plan de tratamiento prescrito por el especialista médico. Sin embargo, Carol (2008), Monteagudo y Segura (2010), señalan que existe una controversia en este tema, a favor y en contra; quienes están en contra de la educación terapéutica en pacientes hospitalizados, señalan las siguientes desventajas: 1) Los pacientes hospitalizados tienen demasiados malestares como para retener información o aprender habilidades, 2) Existen ya los recursos para la educación ambulatoria de estos pacientes (información escrita), 3) El personal de salud del hospital puede no estar lo suficientemente informado, 4) Los educadores

en Diabetes Mellitus no siempre están disponibles, 5) La Educación Terapéutica es un proceso largo y complejo, y 5) Su falta de rentabilidad.

Por otro lado, quienes están a favor de la educación terapéutica afirman lo siguiente: 1) Las necesidades de aprendizaje están presentes y no se pueden posponer, 2) Los programas ambulatorios pueden no estar equipados para hacer frente a cuestiones complejas, 3) Se pueden crear sistemas eficientes para la educación, 4) Es necesaria la promoción de la autoayuda del paciente, y 5) La hospitalización es una oportunidad para iniciar la educación en el paciente.

La *American Diabetes Association* (ADA), junto con el grupo *Diabetes Self-Management Education* (DSME), crearon un programa educativo, enfocado al cuidado del paciente hospitalizado, y que contiene las siguientes directrices: 1) Evaluar el conocimiento actual y las prácticas de autocontrol de la Diabetes Mellitus y sus efectos sobre el estado de salud del paciente, así como registrar el motivo de la hospitalización, 2) Iniciar la educación diabetológica en los pacientes recién diagnosticados, 3) Proporcionar información al paciente sobre habilidades básicas de autogestión, 4) Proporcionar al paciente información sobre recursos comunitarios y programas de educación en Diabetes Mellitus, para que éste al salir del hospital pueda continuar en su educación (Anne, 2005; Monteagudo y Segura, 2010).

Este programa por lo regular tiene una duración de tres días, aunque la misma debe adaptarse a las características del paciente. El programa se diseña de acuerdo a las características individuales del paciente, y se enfoca a que éste aprenda a aceptar su enfermedad y a realizar los cambios y ajustes necesarios en su estilo de vida para retrasar las complicaciones y mantener un control óptimo de los niveles de glicemia. Al respecto, Thoolen et al., (2009); Velázquez, Valencia y Contreras (2011), opinan, que para que este tipo de programas se consideren exitosos, debe haber un cambio en el comportamiento, y no sólo en los conocimientos sobre la enfermedad, así que por

lo tanto, los objetivos de la educación diabetológica deberían ser los siguientes: 1) Optimizar el control metabólico, 2) Prevenir las complicaciones crónicas y agudas, 3) Optimizar la calidad de vida manteniendo costos aceptables.

Monteagudo y Segura (2010), señalan qué es lo que se debe incluir en los tres días del DSME:

Día 1. Inicio del tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar al paciente cómo preparar la insulina. 2. Que el paciente se autoadministre la insulina con la supervisión profesional. 3. Proporcionarle información sobre alimentación y suplementos. 4. Que el paciente aprenda a diferenciar los síntomas de la hipoglicemia y la hiperglicemia.
Día 2. Consolidación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recordatorio de lo aprendido el día anterior. 2. El paciente se pondrá la inyección en alguna de las zonas en las que puede hacerlo. 3. El paciente dará ejemplos de cómo se prepararía diferentes tipos de menús, de acuerdo a su dieta. 4. Explicarle los efectos de los hidratos de carbono sobre los niveles de glucosa y la importancia de la actividad física. 5. Trabajar con los temores y la ansiedad del paciente, así como felicitarlo por los avances que haya tenido en esos dos días.
Día 3. Finalización	<p>El paciente debe estar preparado para cuidar de sí mismo e integrarse a su vida cotidiana.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se deben llevar registros sobre las destrezas aprendidas, así como proporcionarle información impresa sobre los temas vistos. 2. Proporcionarle información sobre a dónde acudir en caso de dudas o de una emergencia. Posteriormente citarlo.
Seguimiento (1 semana)	Citar al paciente en una semana para seguir evaluando sus progresos y canalizarlo a un programa de largo plazo.

Tabla 8.2. Diabetes Self-Management Education (DSME).

El DSME es un programa que puede ser muy útil en el ámbito hospitalario, ya que es breve y puede beneficiar a los pacientes hospitalizados. Pueden existir algunas barreras para llevar a cabo este programa de manera eficaz, siendo la principal, el estado de gravedad del paciente hospitalizado; si el paciente presenta una salud muy deteriorada, que le impida involucrarse en un programa de aprendizaje, entonces no es un candidato para este tipo de estrategia de intervención.

El psicólogo con especialidad en medicina conductual, cuenta con todas las herramientas de formación para detectar qué tipo de pacientes son aptos para incluirlos en un programa DSME, además de poder enriquecer el programa con estrategias cognitivo-conductuales que le permitan al paciente enriquecer su aprendizaje y adquirir estrategias de autocontrol a largo plazo.

Lo que es un hecho, es que trabajar con pacientes hospitalizados tiene grandes ventajas, ya que estarán cautivos por varios días, lo que permite, hacer todas las evaluaciones e intervenciones requeridas para que cuando le den el alta, se haya iniciado un importante proceso de aprendizaje.

Conclusiones

La diabetes mellitus tipo 2 es una ECNT cada vez más común en México, misma que implica altos costos médicos no sólo por el tratamiento en sí mismo, sino por las posibles complicaciones que conlleva en el caso de la no adhesión al tratamiento, situación muy común.

Sin embargo el problema de la falta de la adhesión a los tratamientos médicos, no es un factor que únicamente se pueda enfocar a que el paciente “no siga el tratamiento,” no es un problema de “falta de voluntad.” La no adhesión al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 es un problema complejo en donde múltiples variables influyen de manera importante. Una alternativa para darle solución a este problema es el enfoque que ha tenido el campo de la medicina conductual, ya que al ser una

interdisciplina, destaca el trabajo del psicólogo, junto con otros profesionales de la salud, para encontrar alternativas de solución en los tratamientos de diferentes enfermedades.

El paciente que padece una enfermedad como la diabetes mellitus debe ser evaluado, tanto desde el aspecto médico, como desde el aspecto psicológico, sobre todo teniendo en cuenta, que independientemente de su diagnóstico médico, el desarrollo de la enfermedad y su posible evolución (tanto positiva como negativa), depende en un porcentaje significativo, de factores comportamentales. El psicólogo que se encuentra ejerciendo dentro del campo de la medicina conductual, debe en primera instancia determinar y analizar los motivos por los cuales el paciente no es capaz de seguir el tratamiento de manera adecuada.

Debe tenerse en cuenta los resultados que arrojan la mayoría de las investigaciones, al señalar que tanto la depresión como el estrés, son las principales variables emocionales que pueden interferir en el tratamiento de la diabetes, tanto por sus efectos a nivel fisiológico, como a nivel comportamental, así como los pensamientos distorsionados o creencias, que pueden influir para que la gente no siga el tratamiento de dieta-ejercicio-medicación.

Otro de los factores a tener en cuenta, tiene que ver con el aprendizaje de habilidades de autocuidado y autocontrol. En ambos casos, la evaluación a lo largo del tratamiento tiene un peso fundamental. Aunque existen algunas directrices generales en cuanto a programas de intervención para mejorar la adhesión al tratamiento de la diabetes, no se debe perder de vista, que siempre tiene que haber una evaluación a nivel individual para hacer los ajustes necesarios, y que el programa de intervención de resultados aceptables.

Una cuestión importante a considerar, es que se debe tener claro qué se pretende modificar. Si bien las mediciones médicas, como el nivel de glucosa y el peso corporal son relevantes para determinar si el paciente tiene una adecuada adhesión al tratamiento,

tampoco se pueden dejar de lado otras mediciones de dimensión psicológica, como son las relacionadas a las conductas de adhesión y las modificaciones al estilo de vida. Al respecto, existen evidencias que las estrategias de intervención cognitivo-conductuales ofrecen alternativas prácticas para mejorar la adhesión. No obstante, se requiere un rigor metodológico que garantice la validez de los resultados obtenidos, además de estudios de seguimiento a largo plazo, y no perder de vista, que si bien el psicólogo puede diseñar programas de tratamiento que permitan al paciente un cambio de comportamiento en su estilo de vida y en sus creencias con respecto a su enfermedad, siempre se debe trabajar en conjunto con otros especialistas: médico, endocrinólogo y nutriólogo, ya que estos últimos son los que deben establecer las metas en cuanto al control metabólico, dieta y de parámetros de salud física.

REFERENCIAS

- Alayón, A. (2007). *Control metabólico y factores biopsicológicos y socioeconómicos de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, usuarios de Coomeva, sede Manga, Cartagena, Colombia, 2006*. Tesis de Maestría en Desarrollo Social. Universidad del Norte.
- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno.
- American Psychological Association (2000). *Decade of Behavior, 2000-2010*. Recuperado de: <https://www.apa.org/science/about/publications/behavior-matters-communication.pdf>
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R. y Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

- Anne, T. (2005). Patient education in the hospital. *Diabetes Spectrum*, 18, 46-47.
- Baumeister, H., Jutler, N. y Bengel, J. (2012). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD008381. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008381.pub2>
- Beléndez, M. y Méndez, F. (1995). Adherencia al tratamiento de la diabetes: características y variables determinantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, 63-82.
- Beltman, M., Voshaar, R. y Speckens, A. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomized controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 11-19.
- Bowen, M., Henske, J. y Potter, A. (2010). Health Care Transition in Adolescents and Young Adults With Diabetes. *Clinical Diabetes*, 28, 99-106.
- Carol S. (2008). Diabetes education in the hospital: establishing professional competency. *Diabetes Spectrum*, 21, 268-71.
- Casillas, A., González, O. y Montes, R. (2011). Influence of progressive relaxation in old age adults who suffer type 2 diabetes mellitus: pilot study. *International Journal of Hispanic Psychology*, 3, 293-301 .
- Ciechanowski, P., Katon, W y Russo, J. (2000). Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278-3285.
- Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J., & Hirsch, I. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 25, 246-252.
- Cohen, L. (1988). *Life events and psychosocial functioning. Theoretical and Methodological Issues*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. y Hoberman, H. (1985). Measuring the functional components of social support. En I. Sarason y B. Sarason (Eds.). *Social Support: Theory, research and applications*. Dordrech: Martinus Nijhoff.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., de León, M y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*; 50, 419-427. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf>
- Derijks H., Meyboom, R., Heerdink, E. De Koning, F.H.P., Janknegt, R., Lindquist, M. y Egberts, A.C.G. (2008). The association between antidepressant use and disturbances in glucose homeostasis: evidence from spontaneous reports. *European Journal Clinical Pharmacology*, 64, 531-538.
- Dirección General de Epidemiología (2013). Boletín Epidemiológico. Diabetes Mellitus Tipo 2. Primer Trimestre 2013. Dirección General de Epidemiología. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf
- Dwight, M., Kowdley, R., Russo, J., Ciechanowski, P., Larson, A. y Katon, W. (2000). Depression, fatigue and functional disability in patients with hepatitis C. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 311-317.

- Federación Mexicana de Diabetes (2010). Diabetes Tipo 2. Generalidades y factores de riesgo. Recuperado de: <http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/factores.php?id=MTax>
- Fernández, C. y Pérez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. En G. Buela, V. Caballo y J. Sierra (Dir.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- García, J. (2012). *Asociación entre la diabetes y la depresión, y factores sociodemográficos asociados en su comorbilidad*. México, 2006. Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
- García, R. (2010). Monitorización de la glucemia capilar en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 no tratados con insulina. *Medicina Clínica*, 15, 688-691.
- Goetsch, V. (1993). Estrés y nivel de glucosa en la sangre. En: J. Gil y M. De la Fuente (Eds.). *Psicología y Diabetes: Áreas de intervención y aplicaciones*. Almería: IEA.
- Goldney, R., Phillips, P., Fisher, L. & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care*, 27, 1066-1070.
- Gomes-Villas, L., Foss, M., Foss de Feites, M. y Pace, A. (2012). Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 1-8.
- González, J. (2013). Perfil epidemiológico de la Diabetes Mellitus. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/eventos_2013/Simposio_ANM_14AGO13/5_Simposio_ANM_Perfil_Epid_DM_CENAPRECE_JFGR.pdf
- Guthrie, D., Bartsocas, C., Jarros - Chabot, P., & Konstantinova, M. (2003). Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: Overview and recommendations. *Diabetes Spectrum*, 16, 7 - 12.
- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., Friederich, H., Kieser, M., Bierhaus, A., Humpert, P., Herzog, W. y Nawroth, P. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: Design and first results of a randomized controlled trial (the heidelberg diabetes and stress-study). *Diabetes Care*, 35, 945-947.
- Hernández, L., Téllez, J., Garduño, J. y González, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Pública de México*, 45, 191-197.
- Holahan, C. y Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- House, J., Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241, 540-545.
- International Diabetes Federation (2013). *IDF Diabetes Atlas*. Recuperado de: http://www.idf.org/sites/default/files/DA6_Regional_factsheets_0.pdf
- INEGI (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Irvine, A., Saunders, J., Blank, M. y Carter, W. (1990). Validation of Scale Measuring Environmental Barriers to Diabetes-Regimen Adherence. *Diabetes Care*, 13, 705-711.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kanfer, F. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. Stuart (Dir.). *Behavioral self-management. Strategie: Techniques and Outcomes*. New York: Brunner/Mazel.

- Katon, W., Fan, M., Unützer, J., Taylor, J., Pincus, H. y Schoenbaum, M. (2008). Depression and Diabetes: A Potentially Lethal Combination. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1571-1575.
- Kawakami, N., Takatsuka, N., Shimizu, H. & Ishibashi, H. (1999). Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes Care*, 22, 1701-1706.
- Lamers, F., Jonkers, C., Bosma, H., Kempen, G., Meijer, J., Penninx, B., Knottnerus J. y Van Eijk, J (2010). A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: A randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 217-226.
- Lawn, S., Batttersby, M., Harvey, P., Pols, R. y Ackland, A.(2010). Terapia de enfoque conductual para el autocontrol: El Programa Flinders. *Diabetes Voice*, 54. Recuperado de: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_DSM_Lawn%20et%20al_ES.pdf
- Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver, Ciechanowski, M., Ludman, E., Bush, T. y Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication, adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160.
- Lustman, P. & Clouse, R. (2005). Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control. *Journal of Diabetes Complications*, 19, 113-122.
- Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S. & Clouse (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal of Medicine*, 129, 613-621.
- Manicavasagar, V., Perich, T. y Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behaviour therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 227-32.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. y Sykes, C. (2005). *Psicología de la salud. Teoría, investigación y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Monteagudo, A. y Segura, J. (2010). Implementación de un programa de educación terapéutica-mínimo para pacientes diabéticos hospitalizados que inician tratamiento con insulina. *Avances en Diabetología*, 26, 281-285.
- Montes, R., Oropeza, R., Pedroza, F., Verdugo, J. y Enríquez, J. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con Diabetes mellitus Tipo 2. *EN-CLAVES del pensamiento*, 13. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14112800600>
- Morris, M., Moore, M. y Morris, M. (2011). Stress and Chronic Illness: the Case of Diabetes. *Journal of Adult Development*, 18, 70-80.
- Nomura, K. Inoue, K. & Akimoto, K. (2012). A two screening measurement of HbA1c in association with FPG, may be useful in predicting diabetes. *PLoS ONE*, 7(4): e36309. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036309>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf?ua=1
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29, 5-11.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica Chilena*, 135, 647-652.
- Pantoja, C. (2009). *Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en pacientes diabéticos e hipertensos*. Tesis de licenciatura. Universidad de Sonora.

- Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M., Pérez, M. y Mandujano, M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 98-115.
- Penckofer, S., Quinn, L., Byrn, M., Ferrans, C., Miller, M. y Strange, P (2012). Does Glycemic Variability Impact Mood and Quality of Life? *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14, 303-310.
- Peyrot, M., McMurray, J. y Kruger, D. (1999). Abiopsychological model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 141 – 158.
- Plack, K., Herpetz, S. y Petrak, F. (2010). Behavioral medicine intervention in Diabetes. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 131-138.
- Polonsky, W., Fisher, L., Earles, J., y Dudl, R. (2005). Assessing psychological distress in diabetes: Development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*, 28, 626 - 638.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Rodríguez, M., García, J., Rentería, A. y Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, 1262-1282.
- Rodríguez, M., Rentería, A. y García, J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica UST*, 10, 91-101.
- Rosenzweig, S., Reibel, D., Greeson, J., Edman, J., Jasser, S, McMearthy, K. y Goldstein, B. (2007). Mindfulness-based stress reductions associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 13, 36-38.
- Sabag, E., Álvarez, A., Celiz, S. y Gómez, A. (2006). Complicaciones crónicas en la Diabetes Mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44, 415-421.
- Shillitoe, R. (1988). *Psychology and diabetes: Psychological factors in management and control*. London: Chapman and Hall.
- Schroevers, M., Tovote, K., Keers, J., Links, T., Sanderman, R. y Fleeer, J. (2013). Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0235-5>
- Taylor, S. (2007). Social support. En: H. Friedman y R. Silver (Eds.). *Foundations of Health Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Thoolen, B., De Ridder, D., Bensing, J., Gorter, K. & Rutten, G. (2009). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management. *Psychology Health*, 24, 237-254.
- Tovote, K., Fleeer, J., Snippe, E., Bas, I, Links, T., Emmelkamp, P., Sanderman, R. y Schroevers, M. (2013). Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms in patients with diabetes: design of a randomized controlled trial. *Psychology*, 1, 17. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/2050-7283-1-17.pdf>
- Uchino, B., Cacciope, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and psychological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Van Bastelaar, K., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H. & Snoek, F. (2012). Web-based depression treatment for Type 1 and Type 2 diabetic patients: A randomized, controlled trial. *Diabetes Care February*, 34, 320-325.

- Van der Feltz, C., Nuyen, J., Stoop, C., Chan, J., Jacobson, A., Katon, W., Snoek, F. y Sartorius, N. (2010). Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms inpatients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32, 380-395.
- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V., Blonk, M., Erdtsieck, R., Spooren, P., Toorians, A. y Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36, 823-830.
- Velázquez, E., Valencia, B. y Contreras, F. (2011). Educación diabetológica. *Diabetes Internacional*, 3, 4-7.
- Verma, S., Luo, N., Subramaniam, M., Fang, Ch., Stahl, D., Hsiang, P. y Ann, S. (2010). Impact of depression on health related quality of life in patients with diabetes. *Annals Academy of Medicine*. Recuperado de: <http://www.annals.edu.sg/pdf/39VolNo12Dec2010/V39N12p913.pdf>
- Weissberg, J., Glasgow, A. Tynan, W., Wirtz, P., Turek, J. y Ward, J. (1995). Adolescent diabetes management and mismanagement. *Diabetes Care*, 88, 98-104.
- Witmer, J. (1986). Stress coping: Further considerations. *The Counseling Psychologist*, 14, 562-566.
- Yemi, A. y Susman, M. (2006). Understanding Comorbidity With Depression and Anxiety Disorders. *Journal American Osteopathic Association*, 106, 9-14.
- Young, L., Wackers, F., Chyun, D., Davey, J., Barrett, E., Taillefer, R. Heller, G., Iskandrian, A., Wittlin S., Filipchuk, N., Ratner, R. y Inzucchi, S. (2009). Cardiac outcomes after screening for asymptomatic coronary artery disease in patients with type 2 diabetes: the DIAD study: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 30, 1547-1555.
- Zautra, A., Davis, M., Reich, J., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., Kratz, A., Parrish, B. y Irwin, M. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 408-421.

(página en blanco)

CAPÍTULO 9

Hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular: Intervención y prevención

Leonardo Reynoso-Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2008 murieron como consecuencia de las mismas 17.3 millones de personas, es decir, el 30% de todas las muertes registradas y afecta por igual a ambos sexos. La tendencia de mortalidad por ECV permite calcular que para el año 2030 morirán cerca de 25 millones de personas (OMS, 2013). Las ECV son la primer causa de muerte tanto en sociedades industrializadas como en las naciones en vías de desarrollo; además de ser una importante causa de morbilidad y mortalidad, la hipertensión arterial sistémica (HAS) es de gran relevancia dentro del sistema de salud por el cuidado a las familias y a la sociedad. La HAS es la principal causa de ECV y explica el 66% de las muertes en conjunto con otros factores de riesgo como el fumar, la obesidad y niveles elevados de colesterol sérico. La aproximación de salud pública hacia el control de la hipertensión no solo disminuye potencialmente la morbilidad y mortalidad relacionada con ésta sino que además reduce los costos en cuidado de la salud (Ferdinand, Patterson, Taylor, Fergus, Nasser et al., 2012).

Se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. Aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por

causas directamente relacionadas a HAS. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados (Velázquez-Monroy, Barinagarrementería-Aldatz, Rubio-Guerra, Verdejo, Méndez-Bello et al., 2007; Rosas-Peralta, Lara-Esqueda, Pastelín-Hernández, Velázquez-Monroy, Martínez-Reding et al., 2005).

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y gastos excesivos para su prevención y control. Las enfermedades cardiovasculares afectan con mayor intensidad a los grupos de población de escasos recursos y las poblaciones vulnerables, por lo que su prevención y control representan un reto en la salud pública, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables (SSA, 2007). Para la Secretaría de Salud (SSA) los factores de riesgo son los siguientes: el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004), durante los próximos diez años se estima que ocurrirán aproximadamente

20.7 millones de defunciones por ECV en América, de las cuales 2.4 pueden ser atribuidas a la HAS, componente importante del riesgo cardiovascular. En Latinoamérica y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan una tercera parte de todas las defunciones asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles.

En los países de ingresos bajos y medios, los adultos mayores son especialmente vulnerables a las enfermedades cardiovasculares. En dichos países, las personas tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas y sufrirlas por períodos más largos, a menudo con complicaciones prevenibles y con un incremento de la mortalidad prematura, respecto a la de los países de altos ingresos. Se calcula además que las ECV reducen en siete años la expectativa de vida (Murray y Lopez, 1997).

En la actualidad, uno de cada tres norteamericanos tiene alguna ECV y éstas son la causa del 36.3% de las muertes en los Estados Unidos de Norteamérica (Rosamond, Flegal, Furie, Go, Greenlund et al., 2008).

En México han existido cambios observables desde hace aproximadamente 30 años en la prevalencia de enfermedades, lo que ha modificado el panorama epidemiológico. Antes de 1980 las enfermedades infecciosas respiratorias agudas y las infecciones gastrointestinales ocupaban los primeros lugares en mortalidad, mientras que las ECV, diabetes y cáncer apenas aparecían en las estadísticas; la situación ha cambiado y en este siglo las enfermedades cardiovasculares aparecen en segundo lugar como causa de muerte, lo que demuestra que la transición epidemiológica en nuestro país es una realidad, que el patrón de morbimortalidad está cambiando y que este fenómeno está asociado principalmente a dos factores: a) al envejecimiento de la población, es decir, la transición demográfica y b) al desarrollo acelerado de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. El panorama epidemiológico se ve afectado por los riesgos del entorno, entre los que podemos citar los siguientes: la carencia de agua potable, la inexistencia de servicios sanitarios, la contamina-

ción atmosférica, los riesgos laborales y los desastres naturales (terremotos, inundaciones). A éstos debemos sumar aquéllos relacionados con estilos de vida poco saludables, entre los que mencionaremos los siguientes: la mala nutrición, caracterizada por un alto consumo de calorías y grasas de origen animal y bajo consumo de frutas y vegetales, el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han originado o realzado problemas como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, la ingestión excesiva de alcohol y el consumo de drogas ilegales, entre otras cosas.

Las cifras de mortalidad en nuestro país han oscilado entre 400 y 500 mil por año; la figura 9.1 presenta el comportamiento de la mortalidad (cruda y estandarizada, tasa por 100,000 habitantes) en México en el período 2000-2008 para las ECV, que representan la quinta parte del total de muertes; muestra también las tendencias al aumento de las tres enfermedades (isquémica, cerebrovascular e hipertensiva), aunque el alza es mayor tanto en la enfermedad isquémica coronaria como en la enfermedad hipertensiva, lo cual ilustra la importancia del problema.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son uno de los mayores retos que enfrenta actualmente el sistema mexicano de salud, debido al gran número de casos detectados (Rivera, Barquera, Gonzalez-Cossio, Olaiz, y Sepulveda, 2004), la creciente contribución en la mortalidad general (González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens, Barraza-Lloréns, Porrás-Condey et al., 2007), tasas de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado del tratamiento (Bodenheimer, Wagner y Grumbach, 2002). Su emergencia como problema de salud pública es resultado de cambios demográficos, sociales y económicos que modifican los estilos de vida de la población. Los determinantes de la epidemia de enfermedades crónicas no son transitorios; se originaron en el progreso y la necesidad de mejorar el nivel de vida y debieran ser problemas prioritarios para la Secretaría de Salud de México por los costos social y económico que representan para el país.

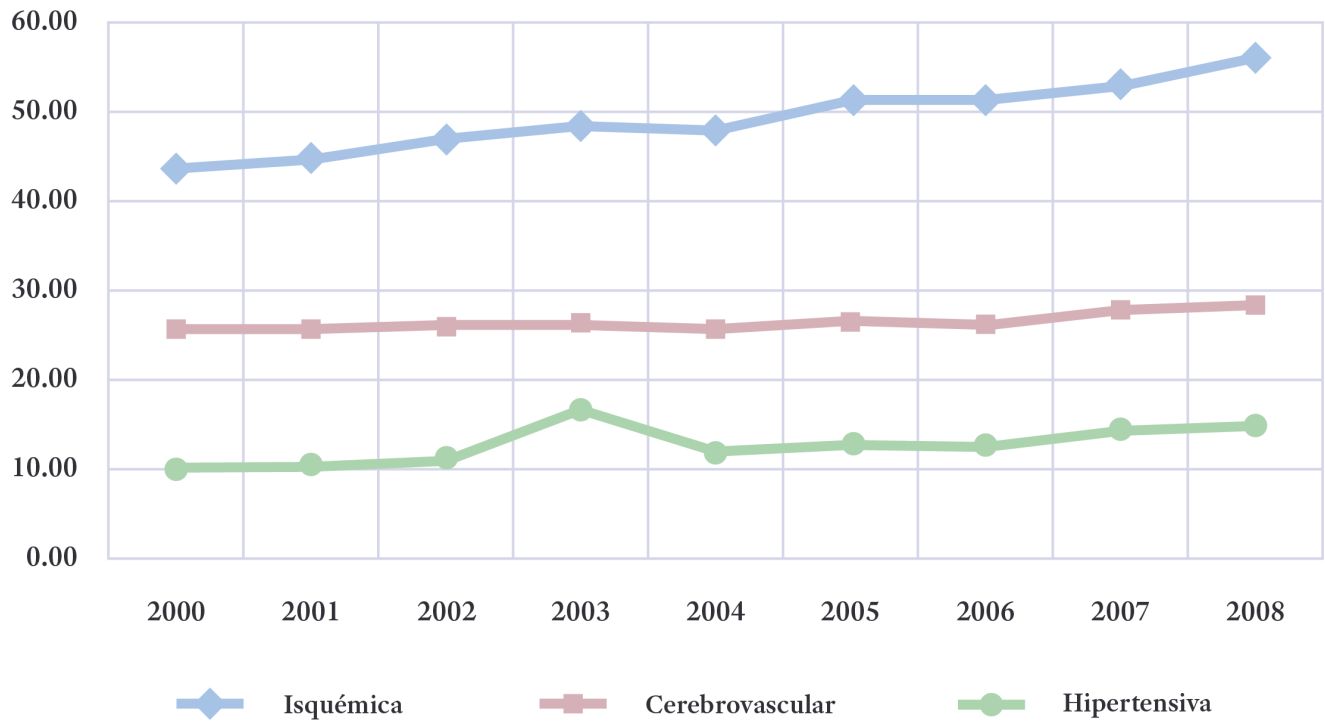
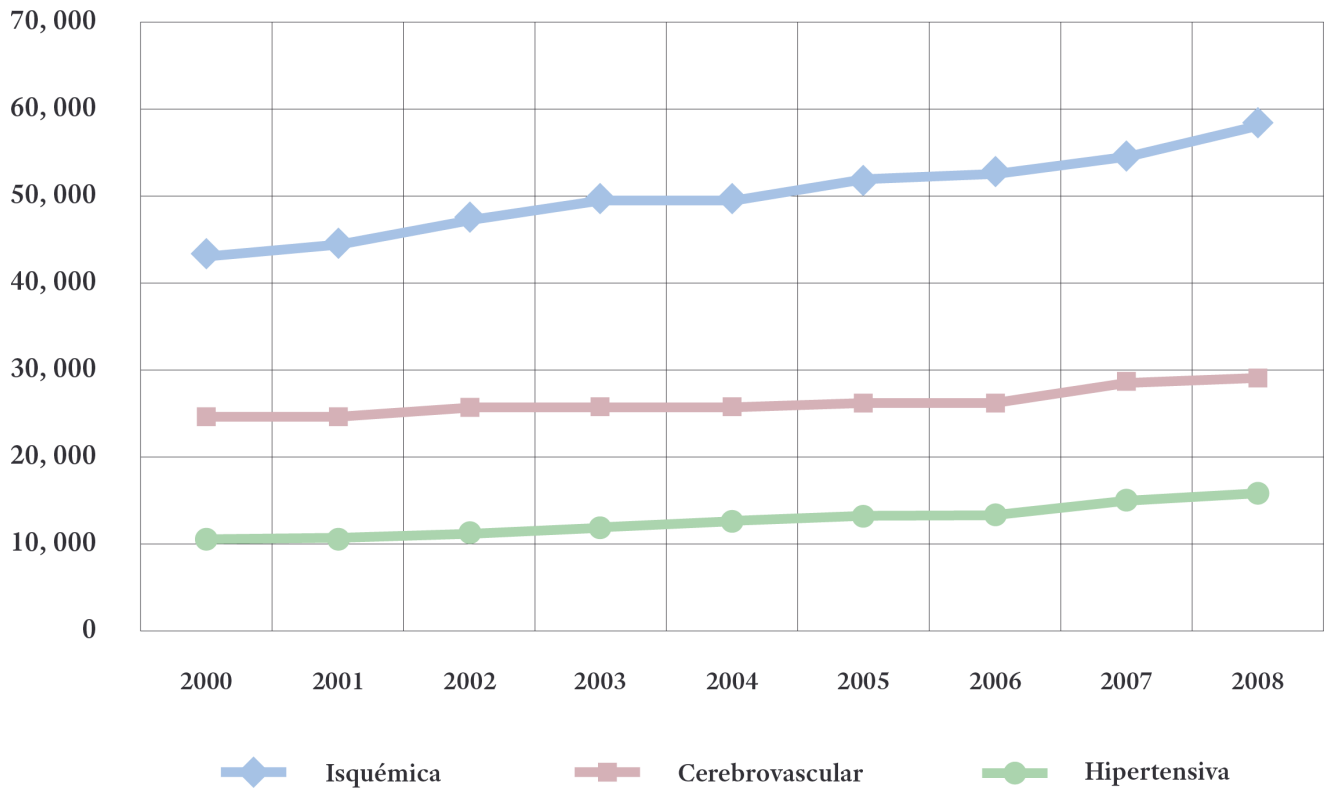


Figura 9.1. Mortalidad (cruda y estandarizada) por tres causas cardiovasculares. Fuente: SINAIS, 2013.

Los factores de riesgo cardiovascular son responsables de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general, tanto en el mundo como en México. Su importancia rebasa ampliamente a las enfermedades infecciosas y parasitarias, y la velocidad de su crecimiento es cada vez mayor. Se considera que las enfermedades cardiovasculares afectan principalmente a las personas de mayor edad, pero hoy en día sabemos que casi la mitad de las muertes por estas enfermedades se producen de manera prematura en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esas defunciones corresponde a personas menores de 60 años (Velázquez-Monroy et al., 2007).

La evidencia epidemiológica muestra que, en la Unión Americana, los adultos de la tercera edad, algunas minorías étnicas y los individuos con dificultades socioeconómicas tienen una prevalencia de enfermedad cardiovascular más elevada, así como riesgos vasculares y/o metabólicos como la hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes; además, es probable que puedan presentar dos o más factores de riesgo de los anteriormente señalados y tienen un mayor riesgo si son sedentarios, si tienen sobrepeso o si son obesos y si tienen hábitos alimentarios poco saludables (Hicks, Fairchild, Cook y Ayanian, 2003; Lichtenstein, Appel, Brands, Carnethon, Daniels et al., 2006). Es sumamente interesante señalar que los inmigrantes de raza negra o de origen hispanico, cuando llegan a los Estados Unidos de Norteamérica, se encuentran en bajos niveles de riesgo de presentar enfermedad cardiovascular en comparación con sus contrapartes negros e hispanicos nacidos en aquel país (Hicks et al., 2003); al adaptarse a los hábitos dietéticos y a la actividad física promedio de Norteamérica la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares y/o metabólicos se eleva (Koya y Egede, 2007), de allí la importancia de contar con intervenciones que promuevan la actividad física y los hábitos dietéticos saludables, particularmente en los niños, sin descuidar las intervenciones diseñadas específicamente para adultos en riesgo.

Salud-enfermedad, estilo de vida y riesgo

No abundaremos en la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud y aceptada universalmente. Más bien debemos fundamentar la existencia de un continuo salud-enfermedad modulado por tres tipos de factores: los primeros forman parte del medio en el que nos encontremos, los segundos, del equipaje biológico con el que nacemos, mientras que los terceros se refieren a nuestro comportamiento. Ahondando más sobre éstos, el contexto social, económico y político determina en buena medida la oferta y demanda de acciones para preservar la salud y modifica entonces el continuo hacia la salud o la enfermedad. Simplemente señalaremos tres rubros: la disponibilidad de agua potable, el manejo de excretas y la existencia de campañas de vacunación. Cualquiera de ellos modifica la salud-enfermedad, pero ninguno puede ser cambiado por un solo individuo.

El siguiente nivel se encuentra representado por las características biológicas con las que cuenta un individuo; la información genética se transmite desde el momento de la concepción y permite que un ser humano en particular desarrolle características como el color de la piel y de los ojos, se transmite la susceptibilidad hacia alguna enfermedad en particular o se hereda alguna otra. Un buen ejemplo estaría representado por alteraciones de la coagulación como la hemofilia, transmitida genéticamente por las mujeres pero padecida por los hombres.

El tercer nivel se refiere al comportamiento; todas las actividades que realiza el ser humano se pueden denominar genéricamente conducta; las conductas cotidianas conforman el estilo de vida, es decir, aquellos patrones de comportamiento individual que tienen consistencia en el tiempo, que se presentan en condiciones más o menos constantes, que se encuentran moduladas por el contexto social e histórico y que pueden constituirse en factores de riesgo o de protección dependiendo de su naturaleza. Las conductas relacionadas con la salud-enfermedad se refieren a toda acción que influya en la probabilidad

de consecuencias fisiológicas inmediatas o a largo plazo que modifiquen el bienestar físico y la longevidad. Estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento óptimo. Por ello, no es raro observar que en el repertorio conductual de un individuo existan al mismo tiempo conductas saludables y de riesgo, por lo que un sujeto que realiza una determinada conducta de salud no garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables.

El estilo de vida se desarrolla durante la vida del sujeto; en los primeros años es modelado principalmente por los padres para posteriormente recibir una serie de influencias en el ámbito escolar, ya sea por los maestros (e indirectamente por los programas educativos) así como por los grupos de amigos, que pueden reforzar conductas como el juego organizado o el uso del tabaco o alcohol, pero cada individuo es capaz de evaluar los riesgos y beneficios de determinado comportamiento y practicarlos de manera voluntaria (Camacho, Echeverría y Reynoso, 2010).

Salud cardiovascular

El *Strategic Planning Task Force and Statistics Committee* de la *American Heart Association* (AHA) (Lloyd-Jones, Hong, Labarthe, Mozaffarian, Appel et al., 2010) presentó un nuevo concepto, denominado salud cardiovascular y determinó las formas de medida de ésta. La salud cardiovascular ideal se define por la presencia de los siguientes indicadores: no fumar, tener un IMC de 25 Kg/m² o menor, realizar actividad física en los niveles requeridos, ingerir una alimentación balanceada acorde con las recomendaciones, tener niveles de colesterol por debajo de 200 mg/dL, cifras de TA menores que 120/80 mmHg y cifras de glicemia menores de 100 mg/dL, todas ellas sin recibir tratamiento médico. La tabla 9.1 presenta los indicadores o metas para alcanzar la salud cardiovascular. Los factores de riesgo cardiovascular son responsables de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general, tanto en el mundo como en México. Su importancia rebasa ampliamente a las

enfermedades infecciosas y parasitarias, y la velocidad de su crecimiento es cada vez mayor. Se considera que las enfermedades cardiovasculares afectan principalmente a las personas de mayor edad, pero hoy en día sabemos que casi la mitad de las muertes por estas enfermedades se producen de manera prematura en personas de menos de 70 años y una cuarta parte de esas defunciones corresponde a personas menores de 60 años (Velázquez-Monroy et al., 2007).

Herencia

Se ha encontrado que existe asociación significativa entre el factor de riesgo no modificable antecedentes familiares y la enfermedad hipertensiva, hecho que confirma la importancia del factor hereditario en la génesis de esta patología. El factor genético es muy importante en el origen de la hipertensión arterial, dado que las enfermedades cardiovasculares han aumentado y confirma la importancia del factor hereditario en la génesis de esta patología. Cuando ambos padres son hipertensos, el 50% de los hijos heredará la condición. Si uno sólo lo es, la cifra cae al 33%. Se ha relacionado la elevación de la presión arterial con la resistencia a la insulina. El 40% de los pacientes hipertensos tienen hiperinsulinemia. Se han detectado niveles elevados de insulina en escolares y adolescentes obesos asociados a sensibilidad al sodio y aumento de la reactividad vascular, ambos efectos reversibles con la reducción del peso (Falkner, 2007).

Se menciona que la herencia biológica, principalmente de padres a hijos entre una y otra generación, es un factor importante para preparar el terreno que, con el tiempo, puede ser el desencadenamiento de la hipertensión arterial. Existen antecedentes de hipertensión arterial en las familias de al menos el 40 por ciento de los pacientes hipertensos. Asimismo, las cifras de tensión arterial de niños con padres hipertensos son superiores a la que registran infantes de la misma edad, estatura y peso, pero con padres que tienen la tensión arterial normal (Pickering, Hall, Appel, Falkner, Graves et al., 2005).

META/MEDIDA	SALUD CARDIOVASCULAR IDEAL
FUMAR	
Mayores de 20 años	Nunca haber fumado o haber dejado de fumar hace 12 meses
De 12 a 19 años	Nunca haber probado o nunca haberse acabado un cigarrillo
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	
Mayores de 20 años	Menor que 25 Kg/m ²
De 2 a 19 años	Por debajo del percentil 85
ACTIVIDAD FÍSICA	
Mayores de 20 años	Actividad igual o mayor que: <ul style="list-style-type: none"> • 150 minutos por semana de intensidad moderada, o • 75 minutos por semana de actividad vigorosa o intensa y su combinación
De 12 a 19 años	Actividad igual o mayor que 60 minutos de actividad moderada o vigorosa diariamente
ALIMENTACIÓN SALUDABLE	
Mayores de 20 años	4 a 5 componentes
De 5 a 19 años	4 a 5 componentes
COLESTEROL TOTAL	
Mayores de 20 años	Por debajo de 200 mg/dL sin tratamiento
De 6 a 19 años	Por debajo de 170 mg/dL sin tratamiento
CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL	
Mayores de 20 años	<ul style="list-style-type: none"> • TAS menor que 120 mm Hg sin tratamiento • TAD menor que 80 mm Hg sin tratamiento
De 8 a 19 años	TAS y TAD por debajo del percentil 90 sin tratamiento
GLICEMIA EN AYUNAS	
Mayores de 20 años	Menor que 100 mg/dL sin tratamiento
De 12 a 19 años	Menor que 100 mg/dL sin tratamiento

Tabla 9.1. Indicadores/metas hacia la salud cardiovascular. Tomado de: The American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee 2010 *modificado*.

Estilo de vida

Consumo de sal

La alimentación es una de las necesidades básicas del ser humano; quien no recibe alimentación fallece y la conducta alimentaria se encuentra presente en forma observable desde el nacimiento. A medida que el ser humano se desarrolla, va tomando decisiones con relación a su tipo de alimentación, tanto en la elección de los alimentos como en la cantidad y calidad. Para ello, intervienen las sensaciones gustativas, la disponibilidad, el tipo y cantidad de alimentos que se

preparan y ofrecen en el núcleo familiar y el contexto social en el que se desenvuelvan. Además de estos factores, que particularizan el tipo de alimentación, la ingestión de sal inicia al momento de la ablactación, cuando al lactante se le ofrecen nuevos alimentos, algunos de ellos adicionados con sal. A partir de este momento, las personas aprenden a agregar sal a los alimentos a libre demanda o a utilizar la sal de mesa con moderación de acuerdo con la historia de aprendizaje y por lo general su utilización no tiene límites ni restricciones en las personas sanas. Cuando

a un enfermo se le ordena reducir el consumo de sal o comer sin sal, probablemente sean capaces de cuestionarle al médico la indicación ya que no encuentran sentido de eliminar la sal de los alimentos porque “no les va a saber igual el alimento”(sic). En otras ocasiones no cuestionan la orden; sin embargo, no son capaces de llevarla a cabo ya que el gusto por los alimentos y el agregar sal a los mismos son parte de un proceso de aprendizaje y de reforzamiento intermitente casi tan viejo como la edad de cada paciente.

La sal que se agrega a los alimentos en la cocina con el propósito de hacer que “mejoren el sabor” puede tener efectos devastadores. El consumo excesivo de sal juega un papel de gran importancia en la patogénesis de la hipertensión arterial. La ingesta excesiva de sodio también tiene efectos independientemente de la elevación de la tensión arterial, ya que favorece la hipertrofia ventricular izquierda así como la fibrosis miocárdica, renal y de las arterias en general (Frohlich, 2007). La evidencia de los efectos adversos a la salud por el consumo excesivo de sodio deriva de resultados de estudios en animales, de estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y metaanálisis de algunos ensayos (He y MacGregor, 2009). A la fecha existen más de 50 ensayos clínicos aleatorizados que han probado los efectos de la reducción del sodio y consecuentemente de la tensión arterial en adultos. Un metaanálisis de estos ensayos (He y MacGregor, 2002) documentó que la reducción en las concentraciones urinarias de sodio de aproximadamente 1800 mg/dL disminuía las cifras de tensión arterial 2.0/1.0 mm Hg en individuos no hipertensos y de 5.0/2.7 en hipertensos. Un metaanálisis sobre ingesta de sodio y su consecuencia sobre las cifras de tensión arterial en niños y adolescentes mostró que la reducción de la ingesta disminuyó los valores sistólico y diastólico en 1.2/1.3 mm Hg en niños y adolescentes y redujo los valores de la tensión sistólica en 2.5 mm Hg en otro grupo de niños (He y MacGregor, 2006).

La evidencia que sostiene una relación directa entre la ingesta de sodio y enfermedad cardiovascular se está acumulando. En un metaanálisis de

estudios observacionales, la ingesta elevada de sodio estaba asociada con riesgo elevado de evento vascular cerebral y de enfermedad cardiovascular (Strazzullo, D’Elia, Kandala y Cappuccio, 2009). Ensayos conducidos en población general reportaron los efectos de intervenciones de cambio de estilo de vida que redujeron la ingesta de sodio y enfermedad cardiovascular o de cambio sal de sodio por sal de potasio. Estos estudios mostraron reducción de eventos clínicos cardiovasculares de entre 21 a 41% en todos aquellos que iniciaron y mantuvieron una dieta baja en sodio (Chang, Hu, Yue, Wen, Yeh et al., 2006; Cook, Cutler, Obarzanek, Buring, Rexrode et al., 2007).

Los finlandeses poseían el nada envidiable primer lugar en mortalidad por enfermedad coronaria entre los países europeos a finales de la década de 1960, además de tener índices elevados de hipertensión arterial; desde entonces se empezaron los trabajos con orientación de salud pública encaminados hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se han observado cambios importantes. Los niveles de TA han descendido continuamente desde la década de 1970, ello debido a una serie de medidas, entre las que podemos citar la medición de la TA a toda la población, el uso de medicamentos antihipertensivos en etapas tempranas, pero las acciones más importantes consistieron en efectuar cambios comportamentales en actividad física, alimentación y particularmente se adoptó la política de disminuir la ingesta de sal y ésta fue dirigida hacia toda la población. Esta medida cuenta con la colaboración tanto de la comunidad como de la industria de la alimentación y se combina con un programa de concientización hacia la población sobre los efectos nocivos de la ingesta de sal. Durante este período se ha disminuido el consumo de sal una tercera parte y esta reducción se acompañó de un descenso de las cifras de TA de 10 mm Hg tanto para la TAS como para la TAD, además de la disminución de entre 75 a 80% de la mortalidad por EVC e infarto miocárdico agudo (Laatikainen, Pietinen, Valsta, Sundvall, Reinivuo et al., 2006).

En nuestro país el Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal (2013) intentó atacar el problema al ordenar el retiro de los saleros en las mesas de los restaurantes; el consumo de sodio no se disminuirá al retirar la sal de mesa, para ello hay que trabajar hacia la disminución del consumo de sodio presente en los productos enlatados, en las materias primas con las que se preparan los alimentos y no en la sal de mesa, cuya eliminación no aportará beneficio alguno a la reducción de la ingesta de sodio por las personas.

Sobrepeso/Obesidad

La obesidad está incrementando de manera alarmante tanto en países desarrollados como en aquéllos en vías de desarrollo. Se cree que es reflejo de la disminución de los niveles de actividad física y del incremento en el consumo de dietas ricas en azúcar y grasas, esta tendencia es obvia incluso en jóvenes y niños. Se considera que el sobrepeso y la obesidad son consecuencia de una exagerada ingestión de alimentos en contra de un bajo gasto de energía debido a la vida sedentaria. Las nuevas generaciones están entrando a la edad adulta con unos niveles de obesidad sin precedentes (Artinian et al, 2010). Actualmente, que las personas adultas coman fuera de su casa se ha vuelto una conducta cada vez más frecuente, motivada por la vida escolar o laboral del individuo que debe recorrer grandes distancias desde su casa a la escuela o centro de trabajo. Este tiempo consumido se vuelve una disculpa para no elaborar comida en el hogar o para no transportarla porque “la comida es estorbosa” o bien porque “se echa a perder después de unas horas.” Aunado a lo anterior, la población escolar adulta o trabajadora se encuentra inmersa en un mar de ofertas alimentarias de dudosa calidad, donde las frituras embolsadas, los dulces y pastelillos se consiguen fácilmente, fruto de la publicidad televisiva e impresa, además de la libre venta tanto en centros de trabajo como escolares. Además de la oferta alimentaria industrializada existe otra alternativa siempre presente cerca de

los centros escolares y laborales: el de las frituras preparadas en el momento, donde la combinación de harinas y aceite producen en quien las consume una sensación de plenitud. Lamentablemente las frutas y verduras no se venden en paquetes de colores llamativos ni tienen nombres “pegajosos,” además de que es creencia popular que quien quiere alimentarse sanamente tendrá que invertir más recursos económicos y tiempo en la preparación de sus alimentos, condición que es a todas luces falsa. Simplemente considere el lector que el precio de una lata de atún en agua (140 g atún en agua marca Tuny®) cuesta cuando mucho \$10.90, mientras que una bolsa de frituras (150 g Cheetos Sabritas®) cuesta \$20.50. Los precios fueron tomados del sitio www.superama.com.mx el 14 de enero de 2014. Considerando las frutas, 1 Kg (5 piezas) de perón golden cuesta \$19.50, por lo que cada uno costaría aproximadamente \$4; con relación a las verduras, la lechuga, el chayote y la jícama cuestan menos de \$10 por kilo, por lo que una comida saludable podría prepararse con el precio de la fritura señalado anteriormente.

Hipercolesterolemia

Un problema que ha cobrado particular importancia es la estrecha relación entre el aumento del colesterol en sangre y la aparición de enfermedad coronaria. Gracias a ésta se han efectuado numerosas investigaciones, tanto a nivel clínico como en el laboratorio (Jones, Nair y Thakker, 2012).

En la actualidad es bien sabido que el colesterol es una sustancia importante para la vida, ya que a partir de él se sintetizan las hormonas esteroideas y las sales biliares. El colesterol ingresa al organismo a través de la ingestión de grasas animales como: yema de huevo, vísceras, mariscos, productos lácteos, pasteles, helados, además de la carne (aunque en menor cantidad); es absorbido en el intestino delgado y transportado hacia el hígado donde es biotransformado. Una parte se utiliza para producir las sales biliares y el resto es transportado hacia los diferentes tejidos como lipoproteínas. El aumento de hormonas

tiroideas reduce las cifras de colesterol y viceversa, y los sujetos con estrés presentan niveles elevados de colesterol en la sangre.

La importancia de la hipercolesterolemia como factor de riesgo radica en el hecho de que existen lesiones arteriales progresivas y permanentes debidas a la formación de placas ateromatosas. En tanto que estas lesiones producen endurecimiento de las paredes de las arterias, así como reducción de su diámetro y que las arterias coronarias frecuentemente se ven envueltas en este proceso degenerativo, puede entenderse la importancia de este proceso en la génesis de enfermedades cardiovasculares.

La hipercolesterolemia se produce muy probablemente por la ingestión de alimentos ricos en colesterol, pero cabe señalar que esta ingestión es aprendida y modelada desde la infancia, debido en buena medida a los hábitos alimenticios familiares. La ingestión indiscriminada de grasas animales permitirá el desarrollo de hipercolesterolemia. Si bien es cierto que existen sujetos que presentan hipercolesterolemia hereditaria, éstos son los menos (la mayoría la adquieren por su alimentación), por lo que el tratamiento de los mismos consistiría fundamentalmente en la variación de los hábitos alimentarios, aunque por lo general los médicos, ante la evidencia de hipercolesterolemia de inmediato prescriben medicamentos. Es importante señalar también que las cifras de colesterol se reducen al realizar actividad física, de allí la importancia de combatir el sedentarismo (Reynoso-Erazo, 1989; Cholesterol Treatment Trialists' Collaborators, 2008; Farzadfar, Finucane, Danaei, Pelizzari, Cowan et al., 2011).

Sedentarismo

La vida sedentaria es la causa de que en los últimos 20 años se haya triplicado la obesidad en los menores de 6 a 12 años de edad en el país, situación similar que padece el resto del mundo, por lo que la obesidad es considerada una pandemia. Esta falta de actividad se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en don-

de todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales (Sallis, Hovell, Hofstetter, Elder, Hackley et al., 1990). La vida urbana moderna ha propiciado que los individuos cada vez realicen menos actividad física. Actualmente, una persona puede poseer un automóvil, que usará tanto para ir al trabajo como para recorrer pequeñas distancias. ¿Cuántas veces hemos visto a personas mover su automóvil una o dos cuadras para comprar el diario, o los cigarros, o para ir a la tienda? Además, si el sujeto en cuestión trabaja en un edificio, en vez de subir por las escaleras utiliza el ascensor; cuando ve la televisión, no se levanta de su asiento para cambiar el canal, sino que utiliza el control remoto.

Las investigaciones sobre actividad física y sedentarismo se han dedicado en buena medida a medir el tiempo que las personas dedican a actividades sedentarias durante el trabajo, la diversión y el transporte, y el sedentarismo se ha concebido como el opuesto de la actividad física. Los datos del *National Human Activity Pattern Survey* mostraron que las conductas sedentarias más comunes entre los norteamericanos antes de 2004 eran manejar el auto, trabajar en la oficina, mirar televisión o ir al cine, desarrollar actividades variadas mientras se encuentra sentado, comer o hablar con alguien cara a cara o por teléfono. Las personas en promedio reportaron realizar estas conductas sedentarias durante una media de 5 1/2 horas al día, la respuesta fue similar independientemente del sexo; esta cifra se incrementa con la edad y es menor en población hispana y negra con relación a los blancos (Dong, Block y Mandel, 2004).

En la actualidad Ford y Caspersen (2012) proponen una conceptualización emergente en donde las conductas sedentarias deben ser vistas como diferentes de la actividad física y se debe reconocer que, paradójicamente, pueden coexistir altos niveles de conductas sedentarias con altos niveles de actividad física.

Comportamiento y enfermedad cardiovascular

Con relación al comportamiento y su relación con la ECV debemos mencionar a Sir William Osler (1910) como el primer médico que sistemáticamente señalaba a principios del Siglo XX que quienes eran personas con prisa y que elevaban la intensidad de la voz para exigir cosas padecían con mayor frecuencia de enfermedad coronaria; la descripción de Osler fue retomada casi 60 años después por Friedman y Rosenman, quienes buscaron relaciones entre conductas de hostilidad, competitividad, agresividad y urgencia de tiempo, las que englobaron en un constructo denominado genéricamente Patrón Conductual Tipo A (PCTA) el cual fue medido objetivamente en diversos estudios, encontrándose relación entre este patrón comportamental, el fenómeno fisiológico de la hiperreactividad vascular y la aparición de enfermedad coronaria, como lo demostraron los estudios *Western Collaborative Group Study* (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus et al., 1975) y Framingham (Haynes, Feinleib y Kannel, 1980). Por ello, el PCTA se consideró por la AHA como un factor de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial (A.H.A., 1981) y se le prestó gran interés en los Estados Unidos de Norteamérica.

El PCTA es la constelación de conductas observables que emergen cuando una persona predispuesta es confrontada con una situación de reto. Es un conjunto de conductas manifiestas utilizadas para enfrentarse a distintas situaciones de la vida que puede ser elicitado ya sea por situaciones placenteras o problemáticas y que se dispara particularmente por situaciones que se perciben como retos relevantes y se manifiesta por gestos particulares, expresiones faciales, actividad motora y estilo de hablar (Reynoso-Erazo y Seligson, 1997). La importancia de este patrón radica en que por primera vez en la historia médica, un patrón conductual que no está directamente asociado con conductas de consumo o síntomas clínicos ha precedido exitosamente la emergencia de una gran enfermedad física (Jenkins,

Zyzanski y Rosenman, 1978; Jenkins y Zyzanski, 1982).

Friedman y Rosenman (1959) fueron los primeros en evaluar las características del PCTA y señalaron que este tipo de sujetos suelen funcionar bajo mucha presión, tienen gran empuje y son exigentes consigo mismos y con los demás; al parecer, las personas con este patrón conductual muestran las siguientes características: hablar rápidamente y en ocasiones de modo explosivo, moverse y caminar rápidamente, comer rápidamente, irritarse injustificadamente por los retrasos (V. gr. por tener que esperar su turno al hacer fila), tratar de programar más y más actividades en menos tiempo, tratar de hacer dos cosas a la vez, etc.

Los datos anteriores permitieron a Friedman y Rosenman (1974) definir el PCTA en los siguientes términos: “El PCTA es un complejo emotivo-activo que se observa en toda persona agresivamente implicada en una crónica, incesante lucha por conseguir cada vez más en menos tiempo, en contra de las personas o de las cosas si ello fuere necesario.”

Es frecuente encontrar que una persona con PCTA es ordenada, organizada, autocontrolada, autoconfidente, probablemente prefiera trabajar a solas cuando se encuentra bajo presión, no se distrae fácilmente cuando desempeña alguna tarea, se encuentra hiperalerta, tensa, impaciente, preocupada por el tiempo, profundamente involucrada en su vocación, le cuesta mucho trabajo relajarse, se encuentra en un estado crónico de lucha para controlar el ambiente y muestra conductas de hostilidad y agresividad. La hostilidad que es característica de la persona con PCTA puede no ser observada o eludida por un observador no entrenado. Sin embargo, cuando el individuo tipo A se encuentra frustrado, la hostilidad puede emerger.

El patrón conductual tipo A se asocia con aumento en la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en respuesta a los retos de la vida diaria. El sujeto tipo A comparado contra otros presenta frecuencia cardíaca más elevada, mayores valores de

tensión arterial sistólica y diastólica, mayor secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), además de presentar mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos durante la entrevista clínica, o durante tareas de solución de problemas, exposición a ruidos o a factores aversivos no controlados, en el test de agua fría. Las respuestas más elevadas ocurren más frecuentemente en hombres que en mujeres.

El enojo y la hostilidad, facetas del sujeto con este patrón conductual, se asocian con aumento de la descarga de noradrenalina, del tiempo de coagulación y de la agregación plaquetaria. Los sujetos con PCTA muestran mayor reactividad autonómica simpática que los sujetos no A bajo circunstancias competitivas, que puede ser una explicación para el riesgo incrementado de padecer enfermedad coronaria (Fontana, Rosenberg, Kerns y Marcus, 1986). Los sujetos tipo A responden frecuentemente a los diversos retos que perciben con incrementos de frecuencia cardíaca, de conductancia de la piel o de presión arterial mayores que los observados en otros sujetos.

El PCTA se caracteriza por una forma compleja de reaccionar ante los estímulos ambientales, que son percibidos como agresiones, que le obliga a mantener una lucha crónica contra el tiempo, manifestando prisa y una tendencia exagerada a buscar y encontrar nuevos retos y desafíos en el entorno; si resuelve éstos, mostrará su superioridad y reforzará su competitividad.

Los sujetos tipo A presentan gran irritabilidad, manifestada por episodios de ira verbal (raramente física) con la que demuestran su agresividad y hostilidad. Los componentes de hostilidad, agresividad, competitividad y urgencia de tiempo son en términos generales aprendidos. En la sociedad moderna se refuerza a quien termina primero una tarea y se castiga al que se retrasa, por lo que pronto aprenden a moverse y hablar rápidamente, inclusive pueden cortar algunas palabras para ganar tiempo, comen rápidamente, intentan acabar las tareas que se les asigna lo más pronto posible y se molestan o

irritan al encontrar personas más lentas que ellos. El afán competitivo de este tipo de sujetos los lleva directamente a querer ganar siempre en todas las actividades que se propongan (caminar, manejar su automóvil, jugar cartas, nadar, correr). Quien compete no gana siempre, por lo que recibe reforzamiento intermitente, vuelve a competir para demostrarse que es hábil y seguro. Mientras más veces gane, más hábil, competente y seguro se sentirá e intentará demostrárselo una y otra vez, hasta que la enfermedad coronaria se lo impida.

Las personas con PCTA son excesivamente susceptibles a percibir de manera incorrecta los complejos estímulos del entorno, lo que les permite reaccionar en forma hostil, con conductas agresivas (las más de las veces verbales), manifestadas como sarcasmos o insultos. Esta hostilidad manifiesta del sujeto con PCTA en respuesta a la percepción incorrecta de un entorno no agradable condiciona que el sujeto tenga más prisa y se muestre más competitivo para tratar de imponerse al reto percibido. Los componentes del patrón conductual tipo A -prisa, competitividad, agresividad y hostilidad- se encuentran íntimamente relacionados, lo que parece indicar que son interdependientes.

Como el modelamiento y el condicionamiento afectan significativamente las conductas agresiva y competitiva, no es sorprendente que existan similitudes entre niños de la misma familia que presenten PCTA, o que este patrón se desarrolle con mayor facilidad en niños de padres con elevados niveles educativos y estatus ocupacional alto, o en infantes citadinos respecto de los provincianos o en niños del sexo masculino.

El PCTA ha sido identificado en niños de kindergarten y primaria. Se sabe poco respecto de diferencias observables en la salud física de los sujetos tipo A antes del inicio de la enfermedad coronaria. En el grupo de niños y adolescentes estas diferencias son menos claras debido en parte a la ausencia de evidencia de enfermedad coronaria. Además, como en muchas enfermedades que empiezan en la infan-

cia y adolescencia, debido a la ausencia de investigación longitudinal, se sabe poco acerca de la relación entre el PCTA en niños y cómo éste y el riesgo de enfermedad coronaria pueden desarrollarse hasta llegar a la adultez (Tron-Alvarez y Reynoso-Erazo, 2000). En la actualidad se ha abandonado en gran medida el estudio del PCTA y los estudiosos de las relaciones entre comportamiento y enfermedad cardiovascular se han centrado en dos aspectos del mismo: el enojo/hostilidad.

Alteraciones del estado de ánimo

En la actualidad se acepta que existen tres alteraciones del estado de ánimo fuertemente relacionadas con la aparición, desarrollo, disparo o deterioro de la ECV. Éstas son: depresión, ansiedad y enojo/hostilidad. Existe evidencia que relaciona a aquellas personas con depresión o con sintomatología depresiva y que cursan con enfermedad cardiovascular, además de que aquellos pacientes deprimidos tienen mayores posibilidades de reinfartarse en comparación con aquellos que no cursan con depresión (Rugulies, 2002; Wulsin y Singal, 2003). La ansiedad también se ha tratado de demostrar como un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, sin embargo la evidencia acumulada no es tan consistente como la depresión. El tercer elemento involucrado lo constituye el enojo/hostilidad, elementos reportados desde los trabajos de Friedman y Rosenman (ver antes). El sustrato fisiológico de estas tres alteraciones la constituye la hiperreactividad vascular al estrés, lo que implica una mayor respuesta fisiológica a los estresores, es decir, la activación simpática y la liberación de catecolaminas es mayor. Aunado a ello, la respuesta del eje hipotálamo – hipófisis – suprarrenales presenta también hiperactividad, dando como consecuencia que: a) se eleve la frecuencia cardíaca en mayor medida respecto de otros sujetos, b) se eleve la presión arterial, c) los vasos sanguíneos se tornen hiperreactivos, presentando una mayor vasoconstricción, d) exista una mayor agregación plaquetaria. La suma de estos cuatro cambios coadyuvan al desarrollo de la

aterosclerosis, proceso inflamatorio y de depósito de materiales dentro de la luz vascular que favorece la ulterior aparición de trombosis, con lo cual se ocluye (parcial o totalmente) el flujo arterial (Berenson, Srinivasan, Bao, Newman, Tracy et al., 1998). A esta explicación fisiológica debemos agregar que las personas hostiles, deprimidas o ansiosas pueden tener estilos de vida con conductas de riesgo. Imagine a un sujeto hostil o ansioso fumando, o a una persona deprimida sentada o acostada sin realizar actividad física, o a cualquiera de ellos sin adherirse a las indicaciones de tener una alimentación saludable y realizar actividad física de manera regular, con lo que se incrementa la probabilidad de ocurrencia de las respuestas poco saludables que complican las condiciones.

Consumo de tabaco

Desde hace algún tiempo se ha asociado el consumo de tabaco a la aparición de cáncer pulmonar; además de esta posibilidad, en tanto factor carcinogénico pero no único ni directo, el consumo de tabaco puede favorecer la aparición de padecimientos respiratorios crónicos como la bronquitis o el enfisema pulmonar, hoy reunidos en una entidad denominada Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). La relación entre tabaquismo y enfermedad cardiovascular se ha hecho patente a través de varios estudios (Taylor, Johnson y Kazemi, 1992). Una de las causas por las que se señala el consumo de tabaco como posible originador de problemas cardiovasculares se debe a que la conducta de fumar (la inhalación del humo de tabaco) favorece la acumulación de monóxido de carbono, que puede atravesar la membrana alveolo-capilar pulmonar y combinarse con la hemoglobina para provocar hipoxia, además de que el monóxido de carbono puede penetrar a las células musculares cardíacas, reduciendo el consumo de oxígeno de éstas. Aunado a este efecto, la nicotina contenida en el tabaco, al entrar a la circulación, produce la liberación de catecolaminas así como estimulación simpática, que produce incremento de

la frecuencia cardíaca así como en la fuerza de contracción del corazón y disminución del diámetro de las arteriolas, efectos que producen un aumento de trabajo del corazón y una mayor presión sanguínea. La disminución de la concentración de oxígeno y el aumento del trabajo del corazón, al sumarse, originan que la hipoxia miocárdica sea aún mayor. Si a ello se auna el hecho de que el tabaco puede producir alteraciones respiratorias con la consecuente reducción de oxígeno, entonces el problema de la hipoxia se incrementaría.

Aunque el consumo de tabaco se encuentra socialmente permitido y reforzado por la publicidad, en tanto que es una conducta adquirida es susceptible de ser eliminada, utilizando métodos y técnicas conductuales, lo que permitiría a los fumadores evitar el riesgo que representa el tabaquismo.

Hipertensión arterial sistémica (HAS)

La HAS es un padecimiento multifactorial con incidencia y prevalencia crecientes; es causa frecuente de evento vascular cerebral, evento coronario, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal crónica, por lo que está considerada como un problema de salud pública (Waeber y Bruner, 2001). Es una enfermedad consecuencia del estilo de vida de las sociedades occidentales, ya que la ingestión excesiva de alimentos (por encima de los requerimientos y de los gastos diarios incluyendo mayor consumo de sal), la vida sedentaria, el consumo de alcohol, tabaco y el estrés contribuyen a su desarrollo.

Se define como hipertensión arterial a la elevación persistente y sostenida de las cifras de tensión arterial por encima de valores de 140 mm Hg para la tensión arterial sistólica (TAS) y de 90 mm Hg para la tensión arterial diastólica (TAD), o bien que la persona se encuentre con cifras menores pero tomando medicación específica (Pickering et al., 2005; Reynoso-Erazo, Calderón-Márquez y Ruiz-Luna, 2012). El *National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents* (2004) definió la hipertensión en ni-

ños como la elevación de las cifras de TA por arriba del percentil 95 para la TAS, la TAD o ambas, tomadas al menos en tres ocasiones diferentes. Además, define prehipertensión como el hallazgo de cifras de TAS, TAD o ambas entre los percentiles 90 y 95 con la misma frecuencia. La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999 (SSA, 1999) señala la siguiente clasificación clínica: Etapa 1: cifras de TA entre 140 a 159 mm Hg para la TAS y de entre 90 a 99 mm de Hg para la TAD; Etapa 2: entre 160 a 179/ 100 a 109 mm de Hg y Etapa 3: cifras iguales o mayores que 180 para la TAS e iguales o mayores que 110 mm Hg para la TAD. La NOM no tiene clasificación de la hipertensión en edad pediátrica.

La hipertensión arterial puede ser exclusivamente sistólica, con cifras de la TAS por encima de 140 mm Hg. La lectura de cifras elevadas de tensión arterial de manera aislada no debe igualarse al diagnóstico de hipertensión; ésta es una enfermedad silenciosa, ya que los datos que pueden encontrarse son los siguientes: cefaleas, acúfenos o fosfenos. Estos síntomas generales pueden ser compatibles con varias enfermedades o pueden ser simplemente relacionados con los cansancios normales de una vida agitada; los datos clínicos de la hipertensión pueden ser ignorados y, en ocasiones, el sujeto hipertenso se llega a enterar de su padecimiento en una revisión médica de rutina. Para diagnosticar la hipertensión, el médico debe revisar al paciente en varias ocasiones tiempo antes de poder diagnosticarlo. Para ello, hay que demostrar las cifras elevadas en al menos tres ocasiones por separado, utilizando la misma técnica y equipo.

La HAS se clasifica de acuerdo con las cifras encontradas en las mediciones como prehipertensión, grados 1, 2 y 3 e hipertensión sistólica. La clasificación que propuso la AHA (Go, Bauman, King, Fonarow, Lawrence et al., 2013; Stern, 2013) en la actualidad se acepta de manera casi universal; en nuestro país la NOM-030-SSA2-1999 es similar (ver antes). La tabla 9.2 presenta la clasificación de la HAS.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Óptima	Menor de 120	Menor de 80
Prehipertensión	120 a 129	80 a 89
Hipertensión grado 1	136 a 159	90 a 99
Hipertensión grado 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión grado 3	180 y más	110 y más
Hipertensión sistólica	Más de 140	Menor de 90

Tabla 9.2. Clasificación de la HAS.

Es importante distinguir entre hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva. La primera entidad se caracteriza por presentar cifras de TA por encima de los valores normales de referencia y que éstos se mantengan en el tiempo; puede acompañarse de síntomas como cefalea, acúfenos, fosfenos, astenia y adinamia, mientras que la cardiopatía hipertensiva se acompaña de daño cardiovascular consecuencia de las cifras elevadas de la TA en el tiempo. En este caso, el médico podrá encontrar signos que revelen la existencia de esta entidad, como la hipertrofia ventricular izquierda (Reynoso-Erazo et al., 2012).

La prevalencia de la hipertensión aumenta de manera progresiva conforme avanza la edad, desde la segunda hasta la séptima décadas de la vida. Como consecuencia, la hipertensión se detecta en menos del 10% de personas con edades de 18 a 29 años, pero aumenta aproximadamente de 50 a 70% en quienes se encuentran entre la quinta y séptima décadas de la vida; durante la segunda mitad de la vida, gran parte del incremento en la prevalencia de la hipertensión relacionado con la edad se debe a la elevación progresiva de la presión sistólica.

La hipertensión afecta primordialmente a la población que se encuentra entre los 15 y 65 años de edad. En México, se reportaron 400,693 nuevos casos de hipertensión arterial en el año 2000, de los cuales poco más del 50% se encontró en pacientes con edades entre 45 y 64 años. En la hipertensión secundaria existe la probabilidad de revertirla al suprimir la causa; lamentablemente sólo el 15% de los pacientes presentan este tipo, mientras que el 85% de los pa-

cientes presentan hipertensión primaria o esencial, lo que supone no conocer la causa que la origina.

La hipertensión arterial es una condición común en adultos mayores (más de 60 años); aunada a la edad, es el predictor más poderoso de daño orgánico y se asocia con morbilidad y mortalidad. Afecta aproximadamente al 70% de los adultos mayores, y menos del 25% de ellos recibe tratamiento de manera correcta. Se presume que 9 de cada 10 adultos de entre 40 y 50 años podrían desarrollar hipertensión en la vejez.

Aunque la tensión diastólica es un factor de riesgo, se acepta que el incremento de la tensión arterial sistólica es un mejor predictor de morbilidad y mortalidad cardiovascular, sobre todo en adultos mayores. Menos del 30% de éstos tienen cifras inferiores a 140/90 mmHg (Go et al., 2013).

La hipertensión arterial incrementa el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad cardíaca o evento vascular cerebral, que son de las principales causas de muerte. Los adultos mayores con hipertensión incrementan en dos y tres veces la probabilidad de presentar un problema cardiovascular con respecto de adultos jóvenes con las mismas cifras tensionales. La hipertensión, además, incrementa la probabilidad de desarrollo de enfermedad renal, demencia e insuficiencia cardíaca congestiva.

La prevalencia de hipertensión en la población de 20 años y más en nuestro país es de 30.8%. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50% en los hombres y casi 60% en las mujeres. Este padecimiento tiene una distribución geográfica

muy clara: las mayores prevalencias se presentan en los estados del norte del país. Baja California Sur, Coahuila, Durango, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Zacatecas presentan prevalencias de hipertensión arterial mayores de 35% (SSA, 2007).

La relación entre la elevación de la tensión arterial y resultados adversos a la salud es directa y progresiva, sin evidencia de un umbral o de un nivel de disparo, esto significa que el riesgo de ECV, evento vascular cerebral y enfermedad renal crónica terminal incrementa progresivamente a partir de un rango de tensión arterial de 115/75 mm Hg (Chobanian, Bakris, Black, Cushman, Green et al., 2003). La tensión arterial elevada fue la segunda causa modificable de muerte que explicó un estimado de 395,000 muertes evitables en los Estados Unidos en 2005 (Danaei, Ding, Mozaffarian, Taylor, Rehm et al., 2009). A nivel mundial la hipertensión explica el 74% de aparición de evento vascular cerebral y de 47% de enfermedad coronaria, aunque cerca del 50% de estos dos eventos se presentan en personas sin hipertensión arterial (Lawes, Vander-Hoorn y Rodgers, 2008).

La prevalencia de hipertensión arterial en población infantil varía entre 0.4% y 6.9% (Cervantes, Acoltzin y Aguayo, 2000). Un estudio realizado en Guadalajara examinó 2,379 niños en edad escolar, encontrando el promedio de tensión arterial (TA) en 105/71.95 mm Hg para infantes de seis años y 114.88/74.70 mm Hg para los 12 años (Cobos, Rubio, García-de Alba y Parra, 1983). Se realizó otro estudio con niños de la ciudad de México y se reportaron valores medios de 91/61 mm Hg para niños de seis años y 102/68 mm Hg para los de 12 años (Moreno-Altamirano, Kuri-Morales, Guémez-Sandoval y Villazón-Salem, 1987). Un estudio de 299 niños de primaria en Navojoa, Sonora, reportó valores medios de TA sistólica de 109.64 y diastólica de 72.09; se identificaron 38 niños con cifras de TA superiores a 120/80 mm Hg lo que los califica como hipertensos (Bojórquez, Angulo y Reynoso, 2011).

Es de gran relevancia la detección temprana de hipertensión arterial y de los factores de riesgo de

la misma, pero de mayor relevancia resulta el hecho de planear medidas preventivas desde la infancia ya que, dado el carácter silencioso de esta enfermedad, no sabemos con exactitud a qué edad aparece. Existe evidencia que muestra que las cifras de TA infantiles se correlacionan con las de la vida adulta (Lauer y Clarke, 1989; Gillman, Cook y Rosner, 1993), que la aterogénesis se inicia en los primeros años de vida ya que se ha demostrado la existencia de estrías de grasa en niños menores de tres años y en adolescentes, así como signos de proliferación celular característicos de lesiones ateroscleróticas avanzadas (McGill y McMahan, 2003), además de que las complicaciones tales como hipertrofia ventricular izquierda y aterosclerosis pueden iniciarse desde la infancia (Hansen, Nielsen y Froberg, 1992; Berenson, Srinivasan, Bao, Newman, Tracy et al., 1998; Burke, 2006).

A pesar de la importancia de la hipertensión y de la necesidad de realizar la medición de TA en pacientes pediátricos, es práctica común tanto en el sector privado como en el público hacer caso omiso de la recomendación de medirla sistemáticamente desde los 3 años, de allí que permanezcamos ignorantes respecto de la historia y cifras de TA pediátricas.

Prevención

Anteriormente se pensaba que las acciones preventivas debieran estar dirigidas por los médicos para evitar la enfermedad; de esta forma, aparecieron las vacunas. Los profesionales de la salud ofrecían sus conocimientos y la población general obedecía y aceptaba la acción de manera pasiva. En la actualidad, prevención implica que las personas presenten comportamientos que les ayuden a mejorar sus condiciones; este cambio de enfoque de la prevención abre la puerta para que los profesionales que se dedican al estudio del comportamiento en humanos aborden, investiguen y propongan alternativas para que las personas modifiquen sus conductas habituales, es decir, su estilo de vida, por comportamientos que protejan o preserven la salud, aunque hay que reconocer que las acciones de los organismos de estado

son indispensables para proveer un ambiente que facilite estilos de vida saludables.

Hace más de 30 años la Organización Mundial de la Salud (1978) señaló que prevenir las enfermedades es más barato que curarlas, sobre todo en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, cuya incidencia ha incrementado en las últimas cuatro décadas. En efecto, las acciones preventivas pueden ser gratuitas y de grandes beneficios. Tome en cuenta por ejemplo el caminar; esta conducta es gratuita, no requiere de la compra de equipo sofisticado para ser practicada, no se requiere de inscribirse a un sitio especial para realizarla, puede efectuarse prácticamente en cualquier lugar y coadyuva a mejorar las condiciones generales de salud. Además, se puede realizar solo o acompañado, lo que supone una interacción conductual que incrementaría la probabilidad de adquisición y mantenimiento. En las personas sanas mejora el tono muscular de las piernas y favorece el retorno venoso. Si se camina constantemente, se previene la aparición de várices en las extremidades inferiores. Caminar mejora las condiciones de quienes padecen HAS ya que se puede conseguir una mayor eficiencia cardiovascular.

A continuación presentaremos evidencia sobre alternativas de prevención de problemas cardiovasculares.

Cambios en el estilo de vida

Existe evidencia que demuestra los beneficios de la actividad física y de los cambios en la forma de alimentarse como medios para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad de la ECV en adultos. Estos datos se presentan en publicaciones como las de la AHA (Smith, Blair, Bonow, Brass, Cerqueira et al., 2001), haciendo referencia al ejercicio (Thompson, Buchner, Pina, Balady, Williams et al., 2003), a las recomendaciones referentes a la alimentación y estilo de vida (Lichtenstein et al., 2006), además de que se encuentran en el *Dietary Guidelines for Americans* (US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture, 2005) y la recomen-

dación de realizar actividad física y salud pública (Haskell, Lee, Pate, Powell, Blair et al., 2007), así como al desarrollo de estudios e intervenciones enfocados a promover el cambio comportamental de las personas en riesgo de padecer enfermedad cardiovascular y dirigidas hacia la promoción de la actividad física y los cambios en la alimentación (Lichtenstein et al., 2006; Artinian, Fletcher, Mozaffarian, Kris-Etherton, Van Horn et al., 2010).

Sacks, Bray, Carey, Smith, Ryan et al. (2009) publicaron el *Look AHEAD study* y Williamson, Anton, Han, Champagne, Allen et al. (2010) reportaron datos de un estudio denominado *POUNDS*. En ambos, los participantes disminuyeron su peso y la pérdida se asoció con reducción del riesgo cardiovascular. Ambos estudios incluyeron estrategias derivadas del modelo cognitivo-conductual para promover el cambio comportamental encaminado a realizar actividad física y a disminuir el peso y el éxito de los mismos lo atribuyen a la mejor adherencia a comportamientos saludables para realizar actividad física y seguir las recomendaciones dietéticas.

Angermayr, Melchart y Linde (2010) realizaron una revisión sistemática de intervenciones multifactoriales sobre estilos de vida para la prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular a través de ensayos clínicos controlados; encontraron 25 trabajos con un total de 7,703 participantes; estas intervenciones incluían elementos de alimentación, actividad física y manejo del estrés en personas con riesgo de padecer enfermedad coronaria o diabetes.

El *American College of Cardiology* (ACC) y la AHA se encuentran trabajando de manera conjunta para prevenir enfermedades cardiovasculares y mejorar el manejo de las personas enfermas a través de educación profesional e investigación, además de que desarrollan guías, estándares y políticas que pretenden el cuidado óptimo de las personas para mantener la salud cardiovascular (Goff, Lloyd-Jones, Bennett, O'Donnell, Coady et al., 2013; Eckel, Jakicic, Ard, Hubbard, de Jesus et al., 2013). Para llegar a esos objetivos, la AHA y la ACC han colaborado

con el *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) con el propósito de diseñar y desarrollar guías prácticas que le ayuden al clínico a evaluar el riesgo cardiovascular, proponer modificaciones de estilo de vida que lo reduzcan así como el manejo de la hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad en adultos. Dichas guías aparecieron por primera vez en 2008 y se revisan de manera periódica.

Recomendaciones

- Consumir un patrón de alimentación que enfatice la ingesta de vegetales, frutas y granos, debe incluir productos con bajas cantidades de grasa, aves de corral, pescado, leguminosas, aceites vegetales no tropicales y distintas nueces, así como limitar la ingesta de azúcar, bebidas azucaradas y carnes rojas. Este patrón dietético debe adaptarse a los requerimientos calóricos apropiados así como a las preferencias personales y culturales, o bien a la terapia de nutrición de otras condiciones médicas (como por ejemplo la diabetes mellitus). Para alcanzar y mantener este patrón dietético se pueden seguir planes como el patrón dietético DASH, el patrón de la USDA o la dieta de la AHA.
- Tratar de alcanzar un patrón alimentario con el 5 o 6% de calorías provenientes de grasas saturadas, reduciendo el porcentaje de calorías proveniente de las grasas saturadas y de las grasas trans.
- Disminuir la ingestión de sodio, con la meta mínima de consumir no más de 2,400 mg de sodio por día; la reducción a cifras de 1,500 mg/día es deseable ya que ésta se asocia con disminución de las cifras de TA, aunque idealmente debiera reducirse el ingreso hasta niveles inferiores a 1,000 mg/día. Se recomienda combinar el patrón dietético DASH con bajo ingreso de sodio.
- Se recomienda que los adultos se involucren en actividad física aeróbica de 3 a 4 veces a la semana, en sesiones de 40 minutos de duración y con actividad física moderada a vigorosa con el propósito de reducir los niveles de LDL colesterol.

La *European Society of Cardiology* también propone lineamientos para la prevención y manejo de ECV las cuales aparecieron en 2012 (Perk, De Backer, Gohlke, Graham, Reiner et al., 2012) y que presentan similitudes con las de ACC/AHA. De estos últimos, la guía 2013 señala que en la actualidad se considera que para promover y conservar salud cardiovascular las personas deben consumir una alimentación saludable, disminuir el consumo de sal y realizar actividad física regularmente.

Cambio y mantenimiento de estilo de vida

Los factores de riesgo cardiovascular pueden ser combatidos y controlados mediante la adhesión de los pacientes a las recomendaciones de cambio de estilo de vida. Un ejemplo importante de éxito logrado al mejorar estilo de vida es la disminución del uso de tabaco de 42.4% al 20.5% en adultos norteamericanos entre los años 1965 y 2007 (US Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Aunque hay que seguir trabajando sobre el tema, el éxito de este programa provee de una base sólida y ofrece una perspectiva optimista que un programa de educación para la salud basado en la evidencia y sostenido por cambios en la política, además de las intervenciones dirigidas a los individuos pueden mejorar exitosamente los niveles de alimentación y de actividad física.

Debe tomarse en cuenta que los programas psicológicos de atención primaria a la salud cardiovascular basados en el modelo cognitivo-conductual pueden iniciar el cambio conductual de estilo de vida con relativa facilidad; ante la evidencia de la circunferencia de cintura mayor de 90 cm o la demostración de índices de masa corporal de sobrepeso u obesidad las personas podrían ser motivadas para iniciar un programa de cambio. Para iniciar el cambio se requiere que las personas noten la discrepancia entre sus condiciones y las ideales, por lo que la decisión de adoptar conductas saludables se basa en una simple relación de costo-beneficio. Es frecuente encontrar que quien inicia un programa

de cambio conductual para realizar actividad física y cambios en la alimentación probablemente falle al mantenerlo, esto puede evidenciarse por la historia del sujeto. ¿Cuántas veces una persona intenta bajar de peso sin conseguirlo? ¿Cuántas veces una persona intenta hacer ejercicio sistemáticamente sin lograrlo? Las decisiones respecto de iniciar un cambio de estilo de vida involucran la consideración de los beneficios potenciales del nuevo estilo, comparados con su situación actual; quien decida iniciar una nueva conducta lo hará tras evaluar las expectativas favorables y será capaz de mantener dicho comportamiento si considera que el nuevo estilo de vida es deseable como para continuar comportándose de esa manera, por lo que el mantenimiento depende de la satisfacción percibida. Una persona mantendrá el cambio si está satisfecha con lo que ha logrado, ya que el sentimiento de satisfacción indica que la decisión inicial de cambio era correcta y minimiza la vulnerabilidad a las recaídas; por esta razón, la conducta se mantiene para preservar una situación favorable. Una persona encuentra más fácil iniciar una conducta cuando está motivada por el deseo de alcanzar una meta que cuando está motivada por el deseo de evitar una meta desfavorable y la motivación para el cambio conductual afectará la iniciación o el mantenimiento, de allí la importancia de seleccionar metas realistas y alcanzables, que permitan que el participante pueda alcanzar metas parciales para mantener el proceso de cambio (Reynoso-Erazo, en prensa).

Recomendaciones para la intervención

El ACC y la AHA han trabajado de manera conjunta desde hace más de 20 años y desde 2006 han propuesto una serie de recomendaciones para realizar cambios en el estilo de vida, basadas en la evidencia disponible de diversos artículos y las clasifican en tres clases con tres distintos niveles de evidencia (ACC/AHA, 2006; Redberg, Benjamin, Bittner, Braun, Goff Jr. et al., 2009; Eckel et al., 2013). Similares recomendaciones ha presentado la

European Cardiology Society (Perk et al., 2012). De manera general señalaremos que ellos señalan el uso de estrategias cognitivo-conductuales para adoptar y mantener una alimentación saludable, además de que permite alcanzar las metas de realizar actividad física. Existen programas que favorecen la toma de decisiones para el cambio conductual; además, se considera necesario el ajustar las intervenciones para que sean adecuadas al contexto social y cultural de los participantes, reconociendo las variables que influyen el cambio conductual.

Intervención conductual

Existen diversos modos de aproximarse al tratamiento del paciente con enfermedad cardiovascular, los cuales dependerán del tiempo de evolución, de las condiciones generales del paciente, de las indicaciones médicas y de la evaluación conductual que previamente debe realizarse. La primera condición de importancia consiste en que el paciente deberá adherirse al régimen terapéutico que se le prescriba, y deberá realizar cambios en su estilo de vida. Si el médico ha diagnosticado hipertensión leve o hipertensión limítrofe es muy probable que el paciente pueda ser tratado exclusivamente con técnicas conductuales. Para ello debe realizarse una evaluación conductual cuidadosa con el propósito de demostrar si el paciente es candidato a realizar un programa de ejercicio o a la utilización de la retroalimentación biológica para la reducción de su presión arterial. Por el contrario, si el diagnóstico médico es de infarto miocárdico el paciente deberá estar en reposo absoluto, seguramente internado inicialmente en el área de cuidados intensivos, con monitoreo constante, para posteriormente pasar a la sala de cuidados intermedios y finalmente a piso, tras lo cual será dado de alta si la evolución ha sido satisfactoria (Reynoso-Erazo et al., 2012).

Ejercicio como tratamiento

En pacientes con trastornos coronarios el entrenamiento con ejercicio a largo plazo puede

mejorar la función ventricular, además de reducir la depresión y ansiedad mejorando la calidad de vida y el funcionamiento mental debido a que el ejercicio regular es un cardioprotector dado que la actividad física disminuye los niveles de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) y los niveles de triglicéridos e incrementan los niveles de colesterol HDL (Fernández-Abascal, Martín-Díaz y Domínguez-Sánchez, 2003). Previamente difundimos un Manual Ilustrado de Actividad Física (Reynoso-Erazo, 2012), del cual se extrajo un fragmento del Programa de ejercicio progresivo (que se presenta más adelante) y que puede ser de utilidad en el manejo de pacientes hipertensos o post infartados, siempre y cuando se cuente con la indicación médica de realizar actividad física.

Retroalimentación biológica

Consiste en informar al sujeto respecto de procesos fisiológicos que habitualmente no siente ni ve u oye y, por tanto, no se da cuenta de ellos. Una manera de ofrecer retroalimentación biológica sobre la presión arterial consiste en efectuar un registro continuo de ésta en un valor medio, es decir, entre los valores sistólico y diastólico. Al ofrecer al paciente un registro de este valor (sea por sonido o luz) el paciente puede aprender a disminuir esas cifras. Cuando la presión disminuye y el paciente permanece con cifras normales durante varias sesiones, el siguiente paso consiste en que registre sus cifras de presión arterial diariamente durante un periodo prolongado para darlo de alta del programa (Reynoso-Erazo, 1989; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Programa de Ejercicio Progresivo:

Inicialmente, el paciente es entrenado en aprender a tomarse el pulso en el cuello (pulso carotídeo) o en la muñeca (pulso radial). Deberá realizar registros diarios de pulso con el objeto de conocer su línea base; este programa lleva al paciente a trotar por dos minutos seguidos e inmediatamente volverse a tomar el pulso. Si el paciente presenta

cifras de pulso mayores de 140 latidos por minuto o si hay síntomas como mareo o dolor en el pecho, el programa de entrenamiento se suspende.

Tras los dos minutos de trote, el paciente continuará con un minuto de caminar lentamente. Posterior al minuto, de nuevo es llevado a trotar por dos minutos. El ciclo trote/caminata se repetirá cinco veces seguidas (15 minutos de ejercicio) durante dos semanas. Para la tercera semana, el paciente deberá realizar cinco ciclos de tres minutos por uno de caminata (20 minutos de ejercicio) por dos semanas. La tercera parte hace que el paciente trote cuatro minutos seguidos por uno de caminata en cuatro ciclos (20 minutos), por otras dos semanas. La cuarta parte supone ahora al paciente trotando cinco minutos seguidos por uno de caminata por cuatro ciclos (24 minutos), por dos semanas. La quinta parte del programa pide que el paciente trote seis minutos por uno de caminata, por tres ciclos (21 minutos). Al término de esta etapa es probable que el paciente pueda trotar por 10 minutos con un minuto de caminata y en cuatro semanas es probable que pueda trotar 20 minutos seguidos. Si el paciente no puede trotar, puede sustituirse el trote por la caminata; el objetivo de este tipo de ejercicio es que el sujeto mueva músculos, que NO desarrolle gran tensión muscular (como en el levantamiento de pesas) y que el ejercicio produzca calor, vasodilatación y sudación. Tomado de: Reynoso-Erazo, L. (2012) *Manual ilustrado de actividad física*. México: UNAM (Modificado).

Relajación

Además de la retroalimentación biológica, una técnica que quizá tiene más difusión es la relajación y sus variantes, ya que se utiliza desde hace muchos años con el objeto de ofrecer tranquilidad a los pacientes. Existen varias maneras de lograrla, aunque se considera de mayor facilidad para este tipo de pacientes la relajación muscular progresiva, simétrica y ascendente, iniciada a partir de las extremidades inferiores (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Identificación de elementos estresantes y su manejo

Además de lograr la relajación antes descrita, el especialista en Medicina Conductual debe trabajar con el paciente en la identificación de elementos estresantes o aversivos, y en el entrenamiento en la relajación simplificada ante éstos, con lo que se puede lograr una mejoría notable del paciente por disminución tanto de la hipertensión como del estrés. La hipertensión arterial puede ser consecuencia de estrés, por lo que los componentes de su manejo serán parte importante de un programa conductual de intervención. Los programas de manejo del estrés para los pacientes cardiovasculares deberán enfocarse en estrategias de solución de problemas y en educar al paciente y a sus familiares para desarrollar estilos de vida saludables.

Finalmente, al diseñar programas de intervención para promover cambios de estilo de vida hacia el incremento de la actividad física y realizar cambios en la alimentación enfocados a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular tome en cuenta las recomendaciones del siguiente cuadro:

Recomendaciones:

1. Diseñe intervenciones con metas alcanzables enfocadas a cambiar las conductas de actividad física y de alimentación más saludable. Utilice estrategias adaptadas al paciente o al contexto social y cultural del grupo. La información y el programa que se ofrezca debe ser sensible a las creencias, cultura, valores, lenguaje, escolaridad y costumbres de la población a la que va dirigida.
2. Incorpore estrategias que construyan la autoeficacia durante la intervención. Utilice una combinación de dos o más estrategias (V. gr. selección de metas, retroalimentación, automonitoreo, autoeficacia) en la intervención. Utilice reforzamiento, modelamiento y solución de problemas. Recuerde que si sus pacientes cardiovasculares presentan conducta tipo A entonces la hostilidad y la competitividad las

puede utilizar para alcanzar metas hacia la disminución del riesgo cardiovascular al competir entre ellos.

3. Utilice sesiones grupales con estrategias cognitivo-conductuales para enseñar habilidades de modificación de alimentación y para el desarrollo del programa de actividad física, para proveer modelamiento y aprendizaje observacional y de solución de problemas de manera grupal.
4. Utilice sesiones individuales para evaluar el punto en donde se encuentra el paciente para el cambio conductual, para identificar conjuntamente las metas hacia la reducción del riesgo o para mejorar la salud cardiovascular y para desarrollar un plan personalizado que le permita alcanzar las metas planeadas. Ofrezca retroalimentación durante el progreso hacia la consecución de las metas. Utilice medios impresos individualizados.
5. Entrene al paciente en estrategias de automonitoreo y establezca un plan para determinar la frecuencia y duración de los contactos para el seguimiento de acuerdo con las necesidades del paciente; se debe evaluar y reforzar el progreso hacia el alcance de las metas.

(modificadas de ACC/AHA, 2006; Redberg, et al, 2009; Eckel, et al, 2013).

REFERENCIAS

- ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. (2006). *Methodology Manual for ACC/AHA Guideline Writing Committees*. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association, 1–61. Recuperado de: http://circ.ahajournals.org/manual/manual_I.shtml

- A.H.A. (1981). The review panel on coronary-prone behavior behavior and coronary heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease. A critical review. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Angermayr, L., Melchart, D. & Linde, K. (2010). Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus—A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 49-64.
- Artinian, N.T., Fletcher, G.F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A.H., Kumanyika, S., Kraus, W.E., Fleg, J.L., Redeker, N.S., Meininger, J.C., Banks, J., Stuart-Shor, E.M., Fletcher, B.J., Miller, T.D., Hughes, S., Braun, L.T., Kopin, L.A., Berra, K., Hayman, L.L., Ewing, L.J., Ades, P.A., Durstine, J.L., Nancy Houston-Miller, N. & Burke, L.E. (2010). Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 122, 406-441.
- Berenson, G., Srinivasan, S., Bao, W., Newman, W., Tracy, R. & Wattigney, W. (1998). Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. *New England Journal of Medicine*, 338, 1650-1656.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288, 1775-1779.
- Bojórquez, C., Angulo, C. y Reynoso-Erazo, L. (2011). Factores de riesgo de hipertensión arterial en niños de primaria. *Psicología y Salud*, 21, 245-252.
- Burke, V. (2006). Obesity in childhood and cardiovascular risk. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 33, 831-837.
- Camacho-Rábago, L.A., Echeverría-Castro, S.B. y Reynoso-Erazo, L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 91-103.
- Cervantes, J., Acoltzin, C. y Aguayo, A. (2000). Diagnóstico y prevalencia de hipertensión arterial en menores de 19 años en la ciudad de Colima. *Salud Pública de México*, 42, 529-532.
- Chang, H.Y., Hu, Y.W., Yue, C.S., Wen, Y.W., Yeh, W.T., Hsu, L.S., Tsai, S.Y. & Pan, W.H. (2006). Effect of potassium-enriched salt on cardiovascular mortality and medical expenses of elderly men. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83, 1289 –1296.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L.Jr, Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T. Jr & Roccella, E.J. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42, 1206– 1252.
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators (2008). Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*, 371, 117–125.
- Cobos, O., Rubio, R., García de Alba, J.E. y Parra, J.Z. (1983). La presión arterial en escolares de Guadalajara. *Salud Pública de México*, 25, 177-183.

- Cook, N.R., Cutler, J.A., Obarzanek, E., Buring, J.E., Rexrode, K.M., Kumanyika, S.K., Appel, L.J. & Whelton, P.K. (2007). Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*, 334, 885–888.
- Danaei, G., Ding, E.L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C.J.L. & Ezzati, M. (2009). The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PloS Medicine*, 6, e1000058. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000058>
- Dong, L., Block, G. & Mandel, S. (2004) Activities contributing to total energy expenditure in the United States: results from the NHAPS Study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1, 1.
- Eckel, R.H., Jakicic, J.M., Ard, J.D., Hubbard, V.S., de Jesus, J.M., Lee, I.M., Lichtenstein, A.H., Loria, C.M., Millen, B.E., Miller, N.H., Nonas, C.A., Sacks, F.M., Smith Jr, S.C., Svetkey, L.P., Wadden T.W. & Yanovski, S.Z. (2013). 2013 AHA/ACC Guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. Recuperado de: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437740.48606.d1.citation>
- Falkner, B. (2007). What exactly do the trends mean? *Circulation*, 116, 1437-1439.
- Farzadfar, F., Finucane, M.M., Danaei, G., Pelizzari, P.M., Cowan, M.J., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Lin, J.K., Stevens, G.A., Riley, L.M. & Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in serum total cholesterol since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 321 country-years and 3.0 million participants. *Lancet*, 377, 578–86.
- Ferdinand, K.C., Patterson, K.P., Taylor, C., Fergus, I.V., Nasser, S.A. & Ferdinand, D.P. (2012). Community-based approaches to prevention and management of hypertension and cardiovascular disease. *Journal of Clinical Hypertension*, 14, 336–343.
- Fernández-Abascal, E.G., Martín-Díaz, M.D. y Domínguez-Sánchez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15, 615-630.
- Fontana, A.F., Rosenberg, R.L., Kerns, R.D., & Marcus, J.L.(1986): Social insecurity, the type A behavior pattern, and sympathetic arousal. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 79-88.
- Ford, E.S. & Caspersen, C.J. (2012). Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. *International Journal of Epidemiology*, 41, 1338-1353.
- Friedman M., Rosenman R.H.(1959): Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*, 169, 1286-1295.
- Friedman, M. & Rosenman, R.(1974): *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Frohlich, E.D. (2007). The salt conundrum: a hypothesis. *Hypertension*, 50, 161–166.
- Gillman, M.W., Cook, N.R. y Rosner, B. (1993). Identifying children at high risk for the development of essential hypertension. *Journal of Pediatrics*, 122, 837-847.

- Go, A.S., Bauman, M.A., King, S.M.C., Fonarow, G.C., Lawrence, W., Williams K.A. & Sanchez, E. (2013). An effective approach to high blood pressure control: A science advisory from the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control and Prevention. *Hypertension*. Recuperado de: <http://hyper.ahajournals.org/content/early/2013/11/14/HYP.0000000000000003.citation>
- Goff, D.C. Jr, Lloyd-Jones, D.C., Bennett, G., O'Donnell, C.J., Coady, S., Robinson, J., D'Agostino, R.B., Schwartz, J.S., Gibbons, R., Shero, S.T., Greenland, P., Smith Jr, S.C., Lackland, D.T., Sorlie, P., Levy, D., Stone, N.J. & Wilson, P.W.F.(2013). 2013 ACC/AHA Cardiovascular Risk Guidelines. *Circulation*, 00. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/01.cir.0000437741.48606.98>
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R.H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M. y Salomon, J.A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49 supl I, S37-S52.
- Hansen, H.S., Nielsen, J.R. & Froberg, K. (1992). Left ventricular hypertrophy in children from the upper five percent of the blood pressure distribution the Odense Schoolchild Study. *Journal of Human Hypertension*, 6, 41-45.
- Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D. & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1081-1093.
- Haynes, S.G., Feinleib, M., & Kannel, W.B.(1980): The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- He, F.J. & MacGregor, G.A. (2002). Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *Journal of Human Hypertension*, 16, 761-770.
- He, F.J. & MacGregor, G.A. (2006). Importance of salt in determining blood pressure in children: meta-analysis of controlled trials. *Hypertension*, 48, 861-869.
- He, F.J. & MacGregor, G.A. (2009). A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *Journal of Human Hypertension*, 23, 363-384.
- Hicks, L.S., Fairchild, D.G., Cook, E.F. & Ayanian, J.Z. (2003). Association of region of residence and immigrant status with hypertension, renal failure, cardiovascular disease, and stroke, among African-American participants in the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Ethnicity and Disease*, 13, 316-323.
- Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., & Rosenman, R.H.(1978): Coronary prone behavior: One pattern or several? *Psychosomatic Medicine*, 40, 25-43
- Jenkins, C.D., & Zyzanski, S.J.(1982): The type A behavior pattern is well and alive when no dissected: a reply. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 219-223.
- Jones, P.H., Nair, R. & Thakker, K.M. (2012). Prevalence of dyslipidemia and lipid goal attainment in statin- treated subjects from 3 data sources: A retrospective analysis. *Journal of the American Heart Association*, 1, e001800 doi: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.112.001800>

- Koya, D.L. & Egede, L.E. (2007). Association between length of residence and cardiovascular disease risk factors among an ethnically diverse group of United States immigrants. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 841–846.
- Laatikainen, T., Pietinen, P. Valsta, L., Sundvall, J., Reinivuo, H. & Tuomilehto, J. (2006). Sodium in the Finnish diet: 20-year trends in urinary sodium excretion among the adult population. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60, 965–970.
- Lauer, R.M. & Clarke, W.R. (1989). Childhood risk factors for high adult blood pressure: the Muscatine Study. *Pediatrics*, 84, 633-641.
- Lawes, C.M., Vander-Hoorn, S. & Rodgers, A. (2008). International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 371, 1513–1518.
- Lichtenstein, A.H., Appel, L.J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H.A., Franklin, B., Kris-Etherton, P., Harris, W.S., Howard, B., Karanja, N., Lefevre, M., Rudel, L., Sacks, F., Van Horn, L., Winston, M. & Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 114, 82–96.
- Lloyd-Jones, D.M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L.J., Van Horn, L., Greenland, K., Daniels, S., Nichol, G., Tomaselli, G.F., Arnett, D.K., Fonarow, G.C., Ho, P.M., Lauer, M.S., Masoudi, F.A., Robertson, R.M., Roger, V., Schwamm, L.H., Sorlie, P., Yancy, C.W. & Rosamond, W.D., on behalf of the American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee (2010): Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction. The American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation*, 121, 586-613.
- McGill, H.C. & McMahan, A. (2003). Starting Earlier to Prevent Heart Disease. *JAMA*, 290, 2320-2322.
- Moreno-Altamirano, L., Kuri-Morales, P., Guémez-Sandoval, J.C. y Villazón-Salem, S. (1987). Tensión arterial en escolares de la ciudad de México. Importancia de las tablas de valores normales. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 44, 389-395.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1997). Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1269-1276.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents (2004). The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*, 114, 555-577.
- OMS (1978). *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- OMS (2013). *Cardiovascular diseases*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/
- OPS (2004). Atención primaria de salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las Américas. *Boletín Epidemiológico*, 25 (2). Recuperado de: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-mdgs.htm
- Osler, W. (1910). The Lumleian lectures on angina pectoris. *Lancet*, 175, 839-844.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W.M.M., Albus, C., Benlian, P., Boysen, G., Cifkova, R., Deaton, C., Ebrahim, S., Fisher, M., Germano, G., Hobbs, R., Hoes, A., Karadeniz, S., Mezzani, A., Prescott, E., Ryden, L., Scherer, M., Syväne, M., Reimer, W.J.M.S.O., Vrints, C., Wood, D., Zamorano J.L. & Zannad, F.

- (2012) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Journal of Preventive Cardiology*. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487312450228>
- Pickering, T.G., Hall, J.E., Appel, L.J., Falkner, B.E. Graves, J., Hill, M.N., Jones, D.W., Kurtz, T., Sheps, S.G. & Edward J. Roccella, E.J. (2005). Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension*, 45, 142-161.
- Redberg, R.F., Benjamin, E.J., Bittner, V., Braun, L.T., Goff Jr, D.C., Havas, S., Labarthe, D.R., Limacher, M.C., Lloyd-Jones, D.M., Mora, S., Pearson, T.A., Radford, M.J., Smetana, G.W., Spertus, J.A. & Swegler, E.W. (2009). ACCF/AHA 2009 Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease): Developed in Collaboration With the American Academy of Family Physicians; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; and Preventive Cardiovascular Nurses Association: Endorsed by the American College of Preventive Medicine, American College of Sports Medicine, and Society for Women's Health Research. *Circulation*, 120, 1296-1336.
- Reynoso-Erao, l. (1989). *Cuide su corazón*. México: Promexa Ed. Patria.
- Reynoso-Erao, L. y Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A: Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto Nacional de Cardiología*, 67, 419-427.
- Reynoso-Erao, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Reynoso-Erao, L., Calderón-Márquez, M.A. y Ruiz-Luna, L.S. (2012). *Sistema cardiovascular*. México: Ed. FES Iztacala UNAM.
- Reynoso-Erao, L. (2012). *Manual ilustrado de actividad física*. México, UNAM.
- Reynoso-Erao, L. (en prensa). Medicina Conductual, Salud conductual y prevención de las enfermedades cardiovasculares. En: Andrómeda Valencia Ortiz, José Luis Ybarra Sagarduy y Dra. Luz Adriana Orozco Ramírez (Comps). *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud*. México: El Manual Moderno.
- Rivera, J.A., Barquera, S., Gonzalez-Cossio, T., Olaiz, G. & Sepulveda, J. (2004). Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutrition Reviews*, 62 (7 Pt 2), S149-S157.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., Hailpern, S.M., Ho, M., Howard, V., Kissela, B., Kittner, S., Lloyd-Jones, D., McDermott, M., Meigs, J., Moy, C., Nichol, G., O'Donnell, C., Roger, V., Sorlie, P., Steinberger, J., Thom, T., Wilson, M. & Hong, Y. (2008). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 117, e25– e146.

- Rosas-Peralta, M., Lara-Esqueda, A., Pastelín-Hernández, G., Velázquez-Monroy, O., Martínez-Reding, J., Méndez-Ortiz, A., Lorenzo-Negrete, J.A., Lomelí-Estrada, C., González-Hermosillo, A., Herrera-Acosta, J., Tapia-Conyer, R. y Attie, F. (2005). Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte nacional de seguimiento. *Archivos de Cardiología de México*, 75, 96-111.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975): Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 82 years. *Journal of American Medical Association*, 233, 872-877.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor factor for coronary heart disease: A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 51-61.
- Sacks, F.M., Bray, G.A., Carey, V.J., Smith, S.R., Ryan, D.H., Anton, S.D., McManus, K., Champagne, C.M., Bishop, L.M., Laranjo, N., Leboff, M.S., Rood, J.C., de Jonge, L., Greenway, F.L., Loria, C.M., Obarzanek, E. & Williamson, D.A. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *New England Journal of Medicine*, 360, 859-873.
- Sallis, J.F., Hovell, M.F., Hofstetter, C.R., Elder, J.P., Hackley, M., Caspersen, C.J. & Powell, K.E. (1990). Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents. *Public Health Reports*, 105, 179-185.
- SINAIS (2013). Mortalidad general 2000-2008 [Estadísticas en internet]. México, DF. Recuperado de: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Smith, S.C. Jr, Blair, S.N., Bonow, R.O., Brass, L.M., Cerqueira, M.D., Dracup, K., Fuster, V., Gotto, A., Grundy, S.M., Miller, N.H., Jacobs, A., Jones, D., Krauss, R.M., Mosca, L., Ockene, I., Pasternak, R.C., Pearson, T., Pfeffer, M.A., Starke, R.D. & Taubert, K.A. (2001). AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 update: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 38, 1581-1583.
- SSA (1999). *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999*. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
- SSA (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado de: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html
- Strazzullo, P., D'Elia, L., Kandala, N.B. & Cappuccio, F.P. (2009). Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*, 339, b4567.
- Taylor, A.E., Johnson, D.C. & Kazemi, H. (1992). Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. A position paper from the Council on Cardiopulmonary and Critical Care, American Heart Association. *Circulation*, 86, 699-702.
- Thompson, P.D., Buchner, D., Pina, I.L., Balady, G.J., Williams, M.A., Marcus, B.H., Berra, K., Blair, S.N., Costa, F., Franklin, B., Fletcher, G.F., Gordon, N.F., Pate, R.R., Rodriguez, B.L., Yancey, A.K. & Wenger, N.K. (2003) Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention)

- and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107, 3109-3116.
- Tron Alvarez, R., y Reynoso-Erazo, L.(2000): Evaluación del patrón conductual tipo A en niños: Un estudio longitudinal. *Psicología Conductual*, 8, 75-85.
- US Centers for Disease Control and Prevention (2008). *Targeting Tobacco Use at a Glance 2008*. Atlanta, GA: US Centers for Disease Control and Prevention.
- US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture (2005). *Dietary Guidelines for Americans, 2005*. 6th ed. Washington, DC: US Government Printing Office; 2005.
- Velázquez-Monroy, O., Barinagarrementería-Aldatz, F.S., Rubio-Guerra, A.F., Verdejo, J., Méndez-Bello, M.A., Violante, R., Pavía, A., Alvarado-Ruiz, R. y Lara-Esqueda, A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México 2005 *Archivos de Cardiología de México*, 77, 31-39.
- Waeber, B. & Bruner, H.R. (2001). The multifactorial nature of hypertension: the great challenge for its treatment. *Journal of Hypertension Supply*, 19, 9-16.
- Williamson, D.A., Anton, S.D., Han, H., Champagne, C.M., Allen, R., Leblanc, E., Ryan, D.H., Rood, J., McManus, K., Laranjo, N., Carey, V.J., Loria, C.M., Bray, G.A. & Sacks, F.M. (2010). Early behavioral adherence predicts short and long-term weight loss in the POUNDS LOST study. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 305-314.
- Wulsin, L. & Singal, B. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 6-17.

(página en blanco)

CAPÍTULO 10

El especialista en Medicina Conductual y la atención al enfermo renal

María Isabel Vázquez-Mata y Leonardo Reynoso-Erazo

Introducción

La Organización Mundial de la Salud menciona a las enfermedades renales y del tracto urinario como causantes de 850,000 muertes cada año; en prácticamente todo el mundo se ha demostrado un incremento dramático en la incidencia y prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), las enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial están fuertemente ligadas como factores de riesgo en la aparición de la ERC. Estas tres enfermedades contribuyen con el 60% de la mortalidad y aproximadamente con el 47% de los gastos de salud en el mundo (Chavez-Iñiguez, 2013); de tal manera que la ERC es un problema de salud pública mundial y que afecta a millones de personas indistintamente de razas o extractos socioeconómicos, es un problema que según los estudios epidemiológicos, se incrementará en los próximos años, teniendo así el impacto en la calidad de vida de los enfermos que la padecen, lo anterior lo vuelve entonces un problema prioritario de atención debido al alto costo del tratamiento.

La ERC se presenta cuando los riñones no son capaces de filtrar las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre adecuadamente. Fisiológicamente, la ERC se define como una pérdida lenta, progresiva e irreversible de la función del riñón (Martín de Francisco, Rodríguez-Puyol y Praga, 1997), se describe como una disminución en el índice de filtrado glomerular (un funcionamiento por

debajo de los 10mL/min), lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero. Entonces aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico que se manifiesta mediante alteraciones: gastrointestinales, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas.

Los riesgos para padecer ERC son múltiples; alteraciones hereditarias, propias del desarrollo, exposición a agentes nefrotóxicos, daños glomerulares o enfermedades crónicas que de manera directa o indirecta dañan la nefrona (unidad funcional del riñón), la enfermedad progresa hasta que es necesario la diálisis o trasplante renal, este último por mucho, el mejor tratamiento para la enfermedad. Vale la pena señalar que la diálisis es la técnica mediante la cual se sustituye parte de las funciones que los riñones han perdido. Existen dos grandes variantes de este tratamiento: la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, aunque hay algunos pacientes que reciben tratamiento conservador (sin diálisis ni trasplante).

En nuestro país, la ERC se ubica entre las primeras 10 causas de muerte, alrededor de 60,000 pacientes se encuentran en un programa de diálisis, desafortunadamente debido a que el acceso a diálisis y trasplante es limitado en la población sin seguro médico, la mayor parte pertenece a la seguridad social. (García, 2013).

Hoy día el campo de la nefrología se está desviando de enfocarse exclusivamente en aumentar la sobrevida del paciente renal a proveer al paciente

una mayor atención y mejorar la calidad de vida. Esta es la oportunidad de formar grupos de trabajo multidisciplinarios que permitan integrar los avances de la nefrología, de la medicina paliativa, de la nutrición, de la medicina conductual, etc., dentro del tratamiento integral de estos pacientes con la finalidad de hacer una rehabilitación completa del paciente en la medida de lo posible. Se requieren sistemas de salud con programas adaptados a las necesidades de los pacientes y en donde necesariamente deberá integrarse el trabajo y las intervenciones del psicólogo especialista con el objetivo de colaborar con el equipo médico en la atención integral del paciente.

La Medicina Conductual supone un abordaje integral del paciente; y el papel de los factores conductuales en el desarrollo de las enfermedades es claro. En el abordaje psicológico de los pacientes con ERC será necesario inicialmente valorar si el comportamiento del paciente es consecuencia de procesos bioquímicos relacionados con la enfermedad o si el comportamiento, los pensamientos y emociones del paciente son debidos a la evaluación que el paciente hace del ambiente en el que se encuentra. De tal manera que podemos tener pacientes con somnolencia, obnubilación, adinamia, encefalopatía urémica (término que se utiliza para describir la aparición temprana de datos neurológicos y la respuesta a la diálisis). Los pacientes presentan alteraciones variables de la conciencia, del comportamiento psicomotor, del pensamiento, de la memoria, del habla, de la percepción y de la emoción. Los síntomas de la encefalopatía urémica se deben a la disfunción del sistema nervioso y se manifiestan como deterioros cognoscitivos, neuromusculares, somatosensoriales y autonómicos) y esto podría ser consecuencia de la acumulación de productos metabólicos de desecho y no producto de una incorrecta evaluación del ambiente; a diferencia de lo anterior, los pensamientos catastróficos ante el diagnóstico de ERC son producto de la incorrecta evaluación del ambiente. De tal manera que será necesario descartar prioritariamente alguna cuestión médica involucrada en la respues-

ta del paciente. Será importante conocer la enfermedad y seguir el esquema que siguen los médicos para no trabajar de manera desvinculada.

Desde un modelo teórico cognitivo-conductual vincularemos la Medicina Conductual y la ERC por lo que haremos referencia al estrés, ya que éste se vuelve el principal acompañante del problema médico puesto que la enfermedad crónica genera estrés. La segunda parte nos permitirá presentar los problemas psicológicos que más frecuentemente acompañan al enfermo renal; en este sentido presentaremos a la enfermedad renal como evento estresante para posteriormente discutir sobre la aparición de datos de depresión. Aunada a la depresión, la literatura señala que el dolor en este tipo de enfermos se torna como un problema de gran importancia, por lo que se presentará la alternativa conductual de tratamiento del mismo. A lo largo de las distintas etapas de la enfermedad renal, la calidad de vida de los pacientes se modifica ya que el paciente debe adherirse al tratamiento medicamentoso, debe restringir la alimentación y modificar su patrón de ingesta de líquidos, presenta estrés, dolor, depresión, miedos e incertidumbre.

Inicialmente mencionaremos que el paciente que ingresa a un hospital es colocado a un ambiente que lo intimida e irrita, aún cuando también lo atiendan, al despojarse de su ropa ya se siente invadido en su espacio personal, el paciente además, se ve sujeto a un horario y a actividades que no ha elegido. En este momento aún no sabe que le está sucediendo, se nota inquieto por sus síntomas, preocupado ante la perspectiva de la hospitalización, el nerviosismo por los exámenes médicos, intervenciones quirúrgicas y sus resultados, el paciente se encuentra en un ambiente donde todo es desconocido y en espera de un diagnóstico, en cuyo caso los hospitales omiten hacer algo para calmar tal inquietud, dado que desde un inicio los pacientes hospitalizados pueden presentar diversos síntomas psicológicos será necesario el abordaje del psicólogo especializado en medicina conductual.

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 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.

Algunos de los cambios de mayor importancia en el estilo de vida de los pacientes renales es el abandono o la reducción de la actividad laboral o de estudio, los tres días semanales que tienen que acudir a realizar la hemodiálisis al hospital y los cuatro recambios diarios de los pacientes en diálisis peritoneal suelen generar dificultades para poder desempeñar un trabajo o dedicarse a los estudios con cierta normalidad; cuando el paciente está trasplantado, la preocupación se centra en el temor al rechazo del injerto por sobreesfuerzo. Resulta relevante mencionar que el impacto de la ERC y sus tratamientos no son iguales al inicio de la enfermedad y durante el curso de la misma.

Podemos identificar agentes estresantes en función de la modalidad de tratamiento (diálisis y trasplante): restricciones en la dieta, disminución de la capacidad sexual, cambios en las relaciones sociales y familiares, cambios en la apariencia física, situación laboral y económica, dependencia del tratamiento

médico y del personal de salud, y disminución de la resistencia y fuerza física. Es común también el temor a la muerte, los sujetos en hemodiálisis tienen miedo a las complicaciones derivadas de la enfermedad y de la diálisis; los que se someten a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) temen el riesgo de peritonitis, y los trasplantados el rechazo al injerto y el efecto de la medicación inmunosupresora.

Entre los factores específicos que contribuyen a favorecer la ansiedad en la hemodiálisis podemos mencionar: la restricción de las vacaciones, de la actividad física y del tiempo disponible; comezón y las náuseas; el miedo a empeorar y el temor a un posible fallo de la máquina, el miedo al futuro y a los ingresos hospitalarios, así como a la dependencia de la máquina.

En el caso de la DPCA, hay que añadir el tiempo dedicado a los recambios, las dificultades para pasar más de tres o cuatro horas fuera del domicilio, la presencia del catéter, la rutina exigida por el tratamiento, las infecciones, los trastornos del sueño y el dolor. En este grupo los temores más frecuentes también están relacionados directamente con complicaciones del tratamiento: las posibles peritonitis y el mal funcionamiento del catéter.

Por último, los pacientes trasplantados renales, aunque se encuentran en el tratamiento más deseable, no están exentos de fuentes de estrés. Las más frecuentes son los efectos secundarios de la medicación, el aspecto físico y el aumento de peso (cara de luna), en cuanto a los temores destacan el miedo al rechazo, a estar expuestos infecciones por el manejo inmunosupresor, al futuro, a las hospitalizaciones, las pruebas diagnósticas y los resultados de las revisiones periódicas.

Los programas de enfrentamiento para los pacientes con insuficiencia renal se enfocan 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 y en el mejor de los casos poder llegar a un trasplante renal.

La ERC no afecta únicamente a las condiciones físicas de los enfermos, sino que, al igual que sucede con otras enfermedades crónicas, también repercute en su estado emocional y sus hábitos cotidianos. Por ello, para valorar el estado de salud de un paciente renal habrá que tener en cuenta cómo se siente, además de su funcionamiento orgánico.

Estrés y ansiedad

Las investigaciones en el campo del estrés (Lazarus, Deese y Hamilton, 1954; Lazarus, 1981; Nerenz y Leventhal, 1983; Lazarus y Folkman, 1984; entre otros) estudiaron al estrés como un proceso; a partir de los estudios de estos autores se propuso que el estrés se presenta ante la evaluación que realiza un sujeto del medio en el que se encuentra, ante demandas que no pueden ser satisfechas automáticamente con los recursos disponibles.

En este punto se destaca el trabajo de Wilson-Barnett y Carrigy (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, fue realizado por Volicer et al. (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 frecuencia cardiaca y en la tensión arterial 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 ERC existen eventos estresantes 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 arterial y frecuencia cardiaca, lo cual sumado a su ya deficiente salud podría traer como consecuencia complicaciones médicas.

Entendido así, el estrés no reside ni en el paciente ni en el ambiente, sino que es el resultado de cómo resuelva el sujeto una situación que identifica como problemática, lo que implica que el paciente juega un papel determinante en la definición tanto de los estresores como de las respuestas, a través de su percepción. Es así que en el marco de la ERC el especialista en Medicina Conductual trabaja con los pacientes para modificar la percepción de las situaciones, para que los pacientes aprendan a manejar el estrés. Las posibles respuestas enfocadas a resolver el problema o eliminar la amenaza o simplemente paliar las consecuencias del evento se denominan enfrentamiento (ver capítulo 7).

En el caso de la ERC el enfrentamiento dirigido a la emoción consiste en procesos cognoscitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Lo utilizamos para conservar la esperanza y el optimismo, además de que nos permitiría negar tanto el hecho como su implicación, no tener que aceptar lo peor y actuar como si lo ocurrido no nos importara.

El enfrentamiento dirigido al problema es un conjunto de estrategias dirigidas a la definición del

mismo, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de alternativas con base en costo/beneficio y a la elección y aplicación de las estrategias. Esto supone buscar estrategias para el ambiente y estrategias para el sujeto.

El modelo de estrés y enfrentamiento es utilizado para el manejo del estrés en estos pacientes y debe centrarse en lo general en tres áreas fundamentales:

1. Que el paciente reciba información (y educación) sobre el problema que presenta.
2. Que el paciente tenga la sensación de que él controla los eventos y no al revés.
3. Que cuente con una red de soporte social.

El diagnóstico médico se hace a partir del relato que el enfermo o sus familiares hacen, de los síntomas, se deduce el interés y cuidado que hay que poner en el diagnóstico. Balint y Norell (1973) sostienen que éste es un proceso crucial en la relación médico-enfermo, ya que de la manera en que el paciente perciba o no que es comprendido e informado de forma efectiva por el médico sobre su padecimiento, dependerá entre otros factores, el futuro de la relación médico-paciente y la adhesión al tratamiento.

El primer contacto con la enfermedad renal y los sistemas de salud es la etapa donde se inicia la relación médico-paciente, se solicita y/o se recibe la información sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se activan las respuestas de emergencia tanto en el ámbito individual como familiar, comienza entonces, el proceso de aprendizaje de convivir con la enfermedad.

Se produce un primer momento de desorganización extrema (confusión, ambivalencia, sentimientos de soledad, angustia) que conducirá a alguna forma de reorganización negativa o positiva para el enfermo y su familia. Este estado de conmoción influye en la calidad de las relaciones y la comunicación con el mundo exterior obstaculizando incluso la petición de información al médico. Esta dificultad se aprecia en estos momentos en que el enfermo necesita ayuda de su red social en mayor grado para evitar una respuesta emocional exagerada y poder cumplir

con las complicadas y desgastadas tareas que debe emprender. El personal de salud debe tomar conciencia de estos procesos y dedicar a la información el tiempo que sea necesario, no sólo porque una correcta información es un derecho de todo enfermo y su familia desde el punto de vista ético, sino también valorando el poderoso papel que la información tiene en el ámbito preventivo. Esta tarea debe llevarse a cabo en sitios adecuados que favorezcan el diálogo y las preguntas, teniendo en cuenta las dificultades cognitivas que existen en los momentos críticos.

Los momentos críticos podemos describirlos con una elevación inicial de tensión que lleva a activar mecanismos habituales de solución. Imaginemos que ésta es la situación de un enfermo que acaba de ser informado de que padece ERC y a corto o medio plazo, puede entrar en diálisis. La falta de éxito de los procedimientos usuales para resolver problemas y la persistencia del impacto del suceso desencadenante, en este caso el diagnóstico, produce un aumento considerable de la tensión, de los sentimientos de trastorno e ineficacia. Como la tensión se incrementa, se movilizan otros recursos en el intento de reducir los niveles de ansiedad que se han desencadenado a partir del anuncio de la enfermedad. El mecanismo utilizado puede consistir en redefinir el problema, renunciar a objetivos previos que parecen incompatibles con la situación actual, etc. Si ninguno de los mecanismos activados es efectivo, la tensión continúa incrementándose dando como resultado una desorganización emocional grave por lo que la intervención del especialista en Medicina Conductual resulta de suma importancia en esta primera interacción con el enfermo crónico y en una situación de crisis ante el recién diagnóstico.

Logan, Pelletier y Hodgins (2006) señalan que aunque hay estudios que han investigado las relaciones entre estresores y estrategias de enfrentamiento en pacientes sujetos a hemodiálisis, los investigadores no han separado a los sujetos en distintos grupos etarios. Esto dificulta el discernir si las estrategias de enfrentamiento pueden ser únicas para

adultos mayores. Dada la cantidad de adultos mayores recién diagnosticados con ERC y que requieren tratamiento de hemodiálisis resulta esencial entender los tipos de estresores a los que se encuentran sujetos y las estrategias de enfrentamiento que utilizan. Los autores realizaron una búsqueda bibliográfica y encontraron 30 artículos de importancia, refiriendo las tres modalidades de diálisis (hemodiálisis, hemodiálisis en casa y diálisis peritoneal), con pacientes en rangos de edad desde 18 hasta 87 años. Los estudios que investigaron los estresores en pacientes sometidos a hemodiálisis tienen ya más de dos décadas. A pesar de los avances en el tratamiento, la fatiga, la restricción de líquidos y la restricción de alimentos han sido señalados como los más molestos. Otros estresores que han sido referidos por los pacientes entre los más importantes son los calambres, la incertidumbre respecto al futuro, la limitación de la actividad física y la interferencia con el trabajo.

Los recursos de enfrentamiento de los pacientes en diálisis han sido investigados en diferentes estudios. Un estilo de enfrentamiento que se sugiere es utilizado frecuentemente por los pacientes sujetos a hemodiálisis es el optimismo. El estilo optimista incluye estrategias como pensar positivamente, mantener una expectativa positiva, compararse contra otros pacientes que se encuentren en situaciones similares. Los adultos mayores utilizan más estrategias de enfrentamiento dirigidas hacia la emoción debido a la naturaleza de los estresores encontrados. Esta población se encuentra probablemente confrontada con otros problemas de salud crónico-degenerativos que les impide enfrentar enfocados al problema (Logan, et al., 2006).

Desde hace algunos años los residentes en Medicina Conductual han trabajado en la reducción de la ansiedad y el estrés en los pacientes sometidos a diálisis y hemodiálisis; Becerra (2006) realizó un protocolo con la intención de reducir el estrés, ansiedad y mejorar el afrontamiento a la enfermedad en un grupo de 10 pacientes nefropatas del Hospital Juárez de México, los participantes fueron volunta-

rios y se asignaron 5 pacientes a un grupo control y 5 pacientes a un grupo experimental, el programa de intervención constó de 16 sesiones que contenía técnicas cognitivo conductuales como reestructuración cognitiva y relajación, se realizaron mediciones pre y post tratamiento con check list de síntomas de ansiedad, Inventario de depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), escala breve de estrés y la escala de desarrollo del problema, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que recibieron tratamiento presentando menor estrés y ansiedad así como un decremento en el número de recaídas (numero de hospitalizaciones presentadas durante el plan de intervención) comparándolos con aquellos pacientes que no recibieron tratamiento. Concluyendo que la intervención tuvo efectos positivos y habilitó a los sujetos en el manejo de su estado emocional y mejoró la manera de afrontamiento a la enfermedad.

Vázquez (2009) evaluó 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 ocho 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. 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 resultó eficaz.

Apoyo Social

El soporte social es un área donde se considera de manera importante a la familia, la cual es el ente so-

cializador del individuo, trasmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción de salud y de enfermedad. Es precisamente este grupo social conjuntamente con el apoyo social lo que se intenta promover en los pacientes con ERC, pues es conocida la función fundamental de la familia como generadora de apoyo social a sus miembros, ya que es el primer grupo humano donde se desarrolla el individuo y con el cual se establecen vínculos más estrechos en donde los sujetos aspiran a recibir la mayor fuente de apoyo.

Desde el punto de vista práctico hemos podido comprobar en nuestra labor asistencial la creciente necesidad en estos pacientes del apoyo social por las características propias de la enfermedad. También hemos observado en nuestra labor profesional la peculiaridad de pacientes, en cuanto al nivel de demanda que le es impuesto, no sólo por considerarse familias con exigencias adicionales al contar en su seno con un paciente crónico, sino además, por asumir ciertos roles que son característicos de las familias de pacientes crónicos (siempre acompañan al paciente al tratamiento, se privilegia en muchas ocasiones la atención al enfermo por lo que algunos miembros abandonan el trabajo para ocuparse de ellos). Esta situación pone a la familia en riesgo de una disfuncionalidad si no enfrenta de manera adecuada el hecho de contar con un sujeto enfermo en su núcleo.

El estudio del apoyo social se hace particularmente necesario en las enfermedades crónicas, pues su nivel de cronicidad va deteriorando progresivamente a los sujetos que la padecen y hace que este recurso sea de gran importancia para estas personas, debido a su influencia en los niveles de salud y como amortiguador de las consecuencias negativas de estas enfermedades; los problemas que se prolongan en el tiempo o que tienden a sugerir que a pesar de la ayuda brindada no habrá ningún cambio en la situación (las enfermedades crónicas y estadios terminales) favorecen el retiro del apoyo y la disminución de la disponibilidad de este recurso, con la consecuente influen-

cia negativa sobre la salud del individuo enfermo que genera la soledad y el aislamiento, lo que en nuestra opinión justifican el interés creciente que se le brinda al apoyo social en las enfermedades crónicas.

La relación entre apoyo social y enfermedades crónicas se establece fundamentalmente en el proceso de enfrentamiento y la adaptación a la enfermedad, se identifica además como modulador del estrés que genera ser portador de una enfermedad.

Durante este período se produce una reorganización de los roles familiares, las funciones que venía desempeñando el enfermo se redistribuyen en el resto de los miembros del sistema familiar, permitiendo que éste reasuma dichas funciones en los momentos de remisión/estabilización de la enfermedad. Es el momento también en que se produce la designación/aceptación del rol de cuidador primario y todo el esfuerzo del grupo se centra en mantener la enfermedad en su lugar, tratando de activar los mecanismos individuales y familiares de control y enfrentamiento de la enfermedad. Lo ideal sería que la familia también se planteara estrategias para tratar de hacer compatibles los cuidados del enfermo con la reanudación de la vida normal, intentando que se interrumpa lo menos posible el ciclo vital de cada uno de sus miembros, el ciclo vital familiar y en general, que se puedan llevar a cabo en la medida de lo posible, los planes de todos.

Cuando la familia fracasa al intentar “mantener la enfermedad en su lugar”, ésta se cuele en todos los intersticios de las relaciones, instaurándose relaciones disfuncionales, con importantes repercusiones para todos. En el caso del cuidador primario y el miembro de la familia enfermo, se establece entre ellos una relación estrecha que a veces excluye a otros miembros de la familia. Este hecho conduce a la separación de esta diada del resto, con el consiguiente empobrecimiento de las relaciones entre ambos que pueden alcanzar un carácter tan exclusivo y circunscrito a estas dos personas, que se lesionen las relaciones con el resto. ¿Imagina el lector lo que puede suceder cuando el cuidador primario es la madre

de un niño con enfermedad renal y va centrándose progresivamente en éste, descuidando su relación con los demás hijos y con su pareja?

Entre estos patrones rígidos hay que destacar también la característica de sobreprotección al enfermo y la llamativa dependencia que se establece entre cuidador y enfermo. En nuestra experiencia, la dependencia que aparece al principio de una sola dirección, es decir, la dependencia del enfermo a su cuidador primario, con el tiempo, es de doble dirección ya que la vida del cuidador se empobrece y se circunscribe al enfermo, con el consiguiente establecimiento de la dependencia mutua.

La sobreprotección es un comportamiento típico de emergencia y por lo tanto de las situaciones de crisis. Se exime durante un tiempo al paciente de realizar cualquier tipo de esfuerzo o tarea, siendo sustituido por otro u otros miembros del grupo familiar de manera transitoria. El enfermo puede vivir esa sobreprotección como limitadora de la vida normal, pero también a veces como un amparo necesario ante el tremendo desgaste que supone enfrentar la disfuncionalidad que produce la enfermedad o el miedo a la muerte. Es deseable que esta protección, a veces necesaria, sea sustituida por una progresiva recuperación de responsabilidades acordes al grado de déficit que ha producido la enfermedad. Esta situación de recuperación produce tensiones importantes, pero necesarias, que permiten al grupo familiar transitar desde la etapa de crisis a otra más saludable.

Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle y Lawton (2007) estudiaron el papel del soporte social en el ajuste del paciente ante la enfermedad crónica, señalando que las diferencias individuales juegan un papel de moderador. Se examinó la hipótesis de que la relación entre el soporte social y los síntomas depresivos diferirían como función de las diferencias individuales. Se estudiaron 59 pacientes con ERC utilizando la *Social Provisions Scale*, el *Beck Depression Inventory* (BDI) y el *NEO-Five-Factor Inventory*, fueron seguidos y estudiados un año y medio después. El análisis estadístico reveló una interacción

significativa entre soporte social y agradabilidad. Un gran soporte social y la agradabilidad elevada por parte de los pacientes resultaba en la disminución de los síntomas depresivos a los largo del tiempo, mientras que el soporte social por sí solo tenía poco efecto sobre la depresión en sujetos que se encontraban bajos en deseos de agradecer.

Aunque pocos estudios han examinado el apoyo social en la ERC y en la ERCT, los lazos entre soporte social, afecto depresivo y calidad de vida han sido documentados previamente (Patel, Peterson y Kimmel, 2005). El objetivo de este estudio fue examinar la hipótesis de que la asociación entre soporte social y síntomas depresivos entre pacientes con ERC podría variar como función de las diferencias individuales en agradabilidad, es decir, la capacidad del individuo de ser simpático y agradable para otros. Encontraron que el soporte social y las diferencias individuales en agradabilidad se encuentran asociadas con síntomas depresivos entre los pacientes con ERC. Los pacientes con agradabilidad elevada cuando tenían gran soporte social reducían los síntomas de depresión, mientras que para los pacientes bajos en agradabilidad el soporte social tenía poco efecto en la depresión.

Depresión y desesperanza aprendida

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el estado de ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden curarse simplemente por querer estar bien. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

La depresión ha sido identificada como una complicación comórbida en una variedad de problemas médicos, entre los que podemos mencionar a

la diabetes mellitus, el infarto miocárdico y la ERC. A pesar de ello, la salud psicológica de los pacientes con ERC en hemodiálisis no ha sido estudiada extensamente. La prevalencia de depresión en pacientes con ERC no ha sido determinada (en la Unión Americana) debido al uso de diferentes definiciones de depresión, de distintas formas de evaluarla, del solapamiento de la sintomatología depresiva con síntomas de uremia y con la confusión de los efectos de los medicamentos.

La depresión y su papel como mediador de la sobrevida en pacientes con ERC ha sido controversial. La depresión se ha asociado con incremento de la mortalidad en pacientes hospitalizados postinfartados y con otras enfermedades. Muchos de los síntomas utilizados para diagnosticar depresión mimetizan aquellos de algunas enfermedades médicas, incluyendo la uremia. Kimmel et al. (2000) estudiaron a 295 sujetos, la mayoría afroamericanos, en hemodiálisis y utilizaron el *Beck Depression Inventory* (BDI); Hedayati, Bosworth, Kuchibhatla, Kimmel y Szczech (2006) examinaron la prevalencia de depresión y la sensibilidad y especificidad de autorreportes utilizando la *Physician-administered Structured Clinical Interview for Depression* contra el BDI y la *Center for Epidemiological Study of Depression*. Sugieren que la depresión podría mediar la pobre sobrevida de los pacientes en hemodiálisis, pero solamente en períodos breves. De allí la importancia de reconocer y diferenciar entre depresión y datos por uremia, así como el poder intervenir de manera oportuna en el paciente con ERC en hemodiálisis. Hay lazos entre la depresión y la ERC y éstos probablemente sean bidireccionales. El tratamiento de la depresión podría lograr mejoría tanto en aspectos médicos como psicológicos. Dado que la toma de medicamentos anti-depresivos es riesgosa por la ERC, la terapia cognitivo-conductual se vuelve una herramienta promisoriosa para este tipo de pacientes (Cukor, Peterson, Cohen y Kimmel, 2006; Cohen et al., 2007). Los mecanismos por los que se vinculan la depresión con la sobrevida en pacientes con ERCT son poco claros, pero pare-

cen estar relacionados con el ajuste del paciente al tratamiento, la mejoría en los parámetros nutricionales, el incremento en la percepción de apoyo social y la modulación del sistema inmunológico. Aunque los métodos para evaluar la depresión siguen siendo controversiales, en pacientes con ERCT en hemodiálisis parece ser que un puntaje del BDI entre 14 y 16 tiene mayor sensibilidad y especificidad al hacer diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (Kimmel, Cukor, Cohen y Peterson, 2007; Kimmel, Cohen y Peterson, 2008).

La ERC afecta al individuo a nivel cognoscitivo, emocional y conductual desde el momento en que recibe el diagnóstico. El paciente experimenta un fuerte impacto emocional que tiene como consecuencia un estado de tristeza y miedo por la incertidumbre del curso de la enfermedad y por la certeza del giro que ésta dará a su vida. Lazarus y Folkman (1986) sostienen que, aunque la negación en un primer momento puede tener una función protectora que reduce los niveles de estrés generados por el diagnóstico, si persiste puede alterar de alguna forma el tratamiento a seguir, pues al no reconocer su enfermedad no reconocerá su tratamiento. En nuestra experiencia clínica los pacientes que la presentan no perciben claramente la relación entre su comportamiento y las consecuencias que éste produce, lo que lleva al paciente a emitir conductas de pasividad y a creer que nada de lo que haga puede mejorar su situación. La desesperanza aprendida es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son percibidos como incontrolables y que no se puede hacer nada por cambiarlos; para Seligman (1975) lo incontrolable es justamente lo que produce la desesperanza. La baja motivación ocasionada por la desesperanza aprendida ocurre por la discrepancia entre la percepción del control y el control real. Un ejemplo de esta relación supone que si el paciente renal no ha aceptado la enfermedad y en tanto no haya un reajuste emocional a su nueva condición de vida, la adherencia al tratamiento se verá afectada de tal manera que suele suceder que los pacientes llegan a sus sesio-

nes de hemodiálisis invadidos de líquido, el cual será imposible de compensar aún con el procedimiento hemodiálitico, se nota en ellos una incesante intención de no querer estar mejor dado que aun cuando hacen esfuerzos por controlar la enfermedad, ésta los rebasa; presentan pensamientos característicos del tipo: *“por más que hago nada cambia,” “para qué hago si de igual forma moriré,” “el tratamiento no funciona porque no me siento mejor.”*

La relación entre la depresión, la desadherencia y la desesperanza aprendida en un paciente renal es catastrófica, debido a que el paciente en algún momento llegará por el servicio de urgencias con edema pulmonar agudo que evidentemente pone en riesgo inminente su vida y en ocasiones llega a la muerte.

La desesperanza aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos. Incluso, dificulta a la persona aprender que su respuesta ha sido eficaz, cuando realmente lo haya sido; por ello, la percepción de incontrolabilidad se caracteriza por una marcada distorsión de la percepción de control. En los pacientes renales, la desesperanza aprendida podría suponer un verdadero obstáculo para la adaptación a la enfermedad; el paciente ha aprendido que se encuentra indefenso, lo que disminuye su motivación para actuar, bloquea su capacidad cognoscitiva para percibir sucesos e incrementa su emotividad. El paciente al no ver mejoras en su condición de salud, en algunos casos por el contrario, debe soportar retrocesos, le hace percibir una falta de control sobre la situación y resignarse de manera exagerada, reafirmando que no habrá forma de que su situación cambie, aunque se le presenten alternativas más adaptativas. Lo anterior lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima, lo que a su vez podría influenciar su percepción de autoeficacia y reforzará la desesperanza ante su enfermedad.

Se han implementado protocolos específicos que tienen como objetivo primordial el mejoramiento de los pacientes en la unidad de hemodiálisis; actualmente se cuenta con intervenciones dirigidas a disminuir la ingesta de agua en este tipo de pacientes (Ojeda, 2005), a través de la Psicoeducación en cuanto a la cantidad de agua que debe consumir diariamente, de tal manera que el paciente comprenda la importancia de controlar su ingesta de agua. Posteriormente se entrena al paciente en relajación autógena con instrucciones de autosugestión tratando de que pueda alargar el período en que consume agua por día, se realizan autorregistros de la cantidad de vasos de líquido consumidos durante los días que no acude a la sesión de hemodiálisis y se refuerza la reducción de ingesta, se da retroalimentación al paciente en los valores de peso interdiálisis y presión arterial.

Además de los ya mencionados, hemos observado que los pacientes en hemodiálisis presentan renuencia a otro tipo de tratamiento; rechazan la revaloración de las condiciones de la cavidad peritoneal que de ser útil los haría regresar a un tratamiento de diálisis peritoneal, sin embargo es claro observar que el paciente interpreta esta situación como rechazo e incompreensión del personal de salud y la percepción de esto lo puede conducir a un estado de tristeza en diferentes grados. Al interrogar a los pacientes acerca de su percepción del tratamiento mencionan acerca de la constante vigilancia por parte del equipo médico y ante cualquier complicación la atención es inmediata y delegan su responsabilidad del tratamiento al equipo de salud y refieren un bienestar emocional al encontrarse en hemodiálisis que en otro tipo de diálisis. Es importante mencionar este aspecto ya que en México la primera opción de tratamiento ofrecido es diálisis peritoneal y el segundo hemodiálisis, en estos casos el médico conductual realiza intervenciones dirigidas a la solución de problemas y toma de decisiones acerca del mejor tratamiento para cada paciente.

El especialista en Medicina Conductual utiliza la terapia cognitivo conductual ya que es uno

de los enfoques con más intervenciones realizadas en el ámbito clínico, además de ser generalizables a distintas poblaciones y trastornos, como la ansiedad, depresión, estrés de las cuales se ven afectados la mayoría de nuestros pacientes renales. En nuestra experiencia, el trabajo que surge de la terapia conductual se amplía al aspecto cognitivo integrándose para modificar conductas y emociones y así poder generar respuestas más adaptativas que han resultado eficaces para nuestro trabajo como profesionales de la salud. La terapia cognitivo conductual permite que el paciente identifique los pensamientos que generan emociones disfuncionales y actúe para optimizar su eficacia en la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento, de esta forma disminuir riesgos y complicaciones en su salud.

Intrusividad

La ERCT introduce retos psicosociales significativos y demandas adaptativas. Los pacientes experimentan la amenaza constante de muerte, disminución de la fuerza física, dependencia de maquinarias médicas y del personal médico y paramédico, tensiones vocacionales y económicas, restricciones en la alimentación e ingesta de líquidos, además de regímenes médicos farmacológicos complejos. Estos cambios imponen limitaciones en el estilo de vida, además de volverse retos adaptativos para los cónyuges y otros miembros de la familia.

Las interrupciones en el estilo de vida atribuibles a la enfermedad y a su tratamiento se han denominado “intrusividad de la enfermedad” y la investigación sobre el tema muestra que este constructo ejerce un poderoso impacto psicosocial en aquellos pacientes que se encuentran enfrentando los retos de la enfermedad crónica. La investigación en ERC indica que la intrusividad de la enfermedad difiere sustancialmente de acuerdo con el tipo de tratamiento empleado; por ejemplo, si el paciente se encuentra en diálisis peritoneal ambulatoria, ésta involucra por lo general cuatro cambios de líquido en períodos de 30 a 60 minutos. La hemodiálisis requiere por lo

general tres sesiones semanales de 3 a 6 horas para lo cual los pacientes deben acudir a una unidad especializada, mientras que el trasplante renal exitoso requiere de la ingestión diaria de medicamentos inmunosupresores, aunque los estresores psicosociales continúan afectando a los receptores.

La intrusividad de la enfermedad se produce por la interrupción de actividades y de intereses del paciente valoradas como de importancia por éste pero impuestas obligatoriamente por la enfermedad y su tratamiento. Este constructo influye los esfuerzos que los enfermos realizan directamente, como resultado de reducir las experiencias ante actividades e intereses de los pacientes e indirectamente, debido a que reduce la percepción de control personal.

La intrusividad de la enfermedad media el impacto psicosocial de la enfermedad crónica, se relaciona inversamente con las percepciones de control personal y correlaciona significativamente con indicadores de calidad de vida como satisfacción de la vida, estado de ánimo positivo y negativo, síntomas depresivos, autoestima y ajuste marital.

La importancia del contexto familiar ha sido reconocida desde hace tiempo en los pacientes con ERC; la enfermedad puede afectar a la familia de diversas formas: El involucramiento del cónyuge y otros miembros de la familia es de gran importancia para la diálisis en casa, pero los miembros de la familia pueden ver este involucramiento como una carga ya que el régimen de tratamiento requiere que los familiares modifiquen sus estilos de vida y rutinas diarias. En algunos casos, los familiares pueden asumir nuevos roles dentro de la familia, por ejemplo el cónyuge como cuidador primario. En otros casos los roles se revierten ya que el esposo sano tiene que asumir responsabilidades abandonadas por el enfermo. Este tipo de cambios ejercen profundos efectos que pueden alterar el clima social de la familia y comprometen la calidad de vida de la familia. Por otra parte, una familia con atmósfera de buen soporte social puede amortiguar los efectos emocionales de la enfermedad y probablemente puede extender

la sobrevida del paciente. Es probable que el ajuste del esposo sano se encuentre influenciado por las reacciones del esposo enfermo (Devins, Hunsley, Henry-Mandin, Taub y Paul, 2007).

Adherencia

La falta de adherencia constituye un problema considerable que tiene como consecuencia la ineficacia del tratamiento, aumentando la morbimortalidad así como los costos en la asistencia sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el incumplimiento del tratamiento médico en enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, el cáncer y cardiovasculares), se ha convertido en un problema económico ya que en los países desarrollados sólo el 50% de pacientes cumplen con el tratamiento, lo cual se agrava en países pobres, donde el acceso a los medicamentos es limitado debido a la falta de recursos (Martín y Grau, 2004).

Se han realizado diversos trabajos enfocados a promover la adherencia terapéutica, entre ellos se encuentra el protocolo de Safren (2000) que define los pasos vitales para la adherencia terapéutica. Este protocolo inicia con psicoeducación al paciente, para informarle sobre su enfermedad y cuidados; además de la importancia de acudir a la consulta, es decir, que beneficios tiene el adherirse a las citas con el médico y la comunicación con él, para satisfacer sus dudas de la enfermedad y tratamiento (beneficios y consecuencias).

Por otra parte, los efectos secundarios de los tratamientos son factores que intervienen en la adherencia, ya que pueden ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los efectos secundarios y las reacciones adversas a los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir un descenso en la adherencia.

Para promover y mantener la adherencia es importante considerar que existen otros factores que intervienen en la adherencia terapéutica y que tienen que ser enfatizados para un manejo adecuado de la intervención que se pretende hacer. Algunos de estos

factores son los siguientes: a) la dificultad de acceso a medicamentos y tratamientos b) los bajos niveles de educación en la población general c) la ubicación de la distribución geográfica de los facilitadores del cuidado de la salud y d) la promoción de los factores culturales (Sánchez-Sosa, 2002).

La adherencia depende en gran medida de la historia de vida de cada persona, es decir, si los padres promovían conductas adherentes durante la infancia, de adultos será más probable que se adhieran a un tratamiento médico. Taylor (2007) señala que los hábitos de salud se desarrollan al haber sido reforzados por determinados resultados, como la aprobación de los padres, con el tiempo se vuelve independiente de ese reforzamiento y persiste debido a los factores ambientales con los que usualmente está relacionado. Por esta razón un hábito de conducta puede ser extremadamente difícil de cambiar.

La adherencia a las restricciones alimentaria y de líquidos es un factor de gran importancia para determinar el bienestar de los pacientes en hemodiálisis. Los pacientes que no se adhieren a las restricciones de líquidos se encuentran en mayor riesgo de presentar deterioro en el sistema cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva y muerte prematura. A pesar de estas consecuencias médicas, el rango estimado de no adherencia de los pacientes en hemodiálisis a líquidos varía entre el 70 y 94% (Brady, Tucker, Alfino, Tarrant y Finlayson, 1997).

El cumplimiento de indicaciones en los pacientes con hemodiálisis depende en gran parte de definir parámetros. A la fecha, los investigadores en el campo no han podido ponerse de acuerdo en un índice que sirva como estándar para la medición del cumplimiento. Cumplimiento en esta población depende de la extensión en la cual la conducta del individuo corresponde con las indicaciones médicas referentes a restricciones dietéticas, medicamentos y programa de diálisis. Esto puede ser medido con índices objetivos y subjetivos, pero es difícil de evaluar con certeza. El cumplimiento conductual se ha asociado con sobrevivencia pero los mediadores de este

efecto están poco entendidos. Recientemente los autores establecieron mediciones cuantitativas para evaluar el efecto de acortar los tiempos entre diálisis y el “saltar” tratamientos por parte de los pacientes en comparación con los tiempos prescritos por los médicos. Dada la complejidad de este parámetro, se han utilizado medidas como la ganancia de peso interdialítico, el fosfato sérico y las concentraciones de potasio como indicadores de cumplimiento conductual. Desafortunadamente cada una de estas variables puede ser influenciada por factores no relacionados con el seguimiento de los regímenes médico y dietético, como por ejemplo, la función renal residual, la técnica de diálisis, algunos medicamentos y las interacciones entre estos elementos pueden afectar las medidas (Kimmel et al., 2000).

Christensen, Raichle, Ehlers y Bertolatus (2002) examinaron la eficacia de una intervención grupal de autorregulación diseñada para incrementar la adherencia a las restricciones en la toma de líquidos en pacientes con hemodiálisis. La teoría de la autorregulación supone que una conducta blanco es función de tres estadios o procesos de autorregulación en los cuales el sujeto se debe comprometer. Estos procesos incluyen el auto monitoreo, la auto evaluación y el auto reforzamiento de la conducta.

Dolor

El dolor no es solamente la expresión de un trastorno físico sino combinaciones de factores fisiológicos, patológicos, emocionales, psicológicos, cognoscitivos, ambientales y sociales. El manejo del dolor difiere si éste es autolimitado o persistente; por ejemplo, si el dolor se vuelve crónico, el manejo del paciente debe realizarse por un equipo multidisciplinario en una clínica del dolor.

Cuando el dolor agudo se vuelve crónico, se experimentan cambios en variables cognoscitivas, afectivas, biológicas y conductuales; éstas interactúan y forman una experiencia del dolor crónico caracterizada por dolor, tensión e incapacidad.

El papel del dolor en la percepción de los pacientes con ERCT ha sido poco reconocido. La mayor parte de ellos se queja de dolor y no ha sido tratado adecuadamente; si el dolor recibiera tratamiento adecuado, mejoraría la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes con enfermedad renal presentan frecuentemente dolor, por lo que se requiere de una buena evaluación de éste y de su manejo, ya que los pacientes tienen el grave riesgo de que ante la función renal deteriorada no se pueden utilizar analgésicos a libre demanda. Para ello, el especialista en Medicina Conductual debe realizar un interrogatorio cuidadoso para identificar: ¿cuándo se aprendieron las conductas de dolor? ¿Cuán reforzante es quejarse? Independientemente del fenómeno doloroso, es de gran importancia entender el contexto en el que se producen las respuestas aprendidas ante el dolor para ofrecer alternativas psicológicas de tratamiento.

Williams y Manias (2008) encontraron 93 artículos relacionados con el control del dolor en pacientes con enfermedad renal y señalan que se ha realizado muy escasa investigación en pacientes con dolor y enfermedad renal previos a dializarse o a transplantarse; de los hallazgos se puede señalar que los analgésicos son poco prescritos en pacientes que se encuentran con diálisis por ERC, ya que la preocupación de los médicos se centra en la nefrotoxicidad de los medicamentos más que en el control del dolor, puesto que la mayor parte de los analgésicos son excretados por vía renal o hepática y se cuestiona el uso de los analgésicos como el paracetamol.

Por su parte los pacientes renales se ven expuestos frecuentemente a procedimientos médicos invasivos de manera necesaria cuando su vida depende de la colocación de un catéter para su diálisis o hemodiálisis, sin sumar las múltiples complicaciones que presentan en el curso de la enfermedad que les generan dolor. Resulta importante poder medir el dolor, los pacientes pueden localizarlo, señalarlo; sin embargo: ¿como se puede describir objetivamente? Lo que se puede hacer observable y medible es la conducta de dolor, por lo que el trabajo del especia-

lista en Medicina Conductual se encuentra justificado ya que se puede trabajar en el control del dolor disminuyendo el uso de medicamentos, ya sea a través del manejo de contingencias, del entrenamiento en inoculación de estrés o de la retroalimentación biológica. Taylor (2007) menciona que un aspecto importante para el manejo del dolor dentro de las intervenciones cognitivo conductuales ha sido la autoeficacia ya que lleva al paciente a tomar medidas para controlar su dolor y contrarresta la posibilidad de depresión que suele aparecer en aquellos que sufren de dolor crónico.

Calidad de vida

Los instrumentos para medir calidad de vida que se han utilizado en las Unidades de Diálisis son el *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)* y el *Kidney Disease QOL questionnaire*, aunque éstos son incompletos, ya que investigaciones recientes han demostrado que la percepción del paciente puede ser más importante que las evaluaciones objetivas en la ERC. Por ejemplo, al considerar factores importantes de calidad de vida en pacientes terminales los médicos tienden a enfocarse en aspectos físicos del cuidado de éstos, mientras que a los pacientes les preocupan más los aspectos psicosociales y espirituales. Kimmel, Emont, Newmann, Danko y Moss (2003) señalan que si los nefrólogos quieren proveer un cuidado integral del paciente en hemodiálisis necesitan poner mayor atención tanto en los síntomas físicos como en los aspectos psicosociales y en las preocupaciones espirituales.

En la actualidad, no es suficiente valorar el tratamiento mediante indicadores biomédicos clásicos como la supervivencia, la toxicidad o la mortalidad. Aspectos tales como el bienestar psicológico o el funcionamiento físico o la relación familiar son aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar el planteamiento terapéutico y su evaluación. Ya no es suficiente el tratamiento considerado como etiológico o sintomático de la enfermedad, sino que es imprescindible considerar la percepción subjetiva

del propio paciente que la sufre y de la afectación de distintas áreas de su vida. Desde este punto de vista cobra sentido, a la hora de seleccionar las vías terapéuticas posibles en el tratamiento del paciente, la valoración de la calidad de vida del paciente, como concepto que globaliza no sólo las variables físicas del paciente con patología crónica, sino otras variables tales como la afectación psicológica, el entorno social, el apoyo espiritual, etc, y que la OMS señala que calidad de vida es la percepción por el individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas u objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones a evaluar en calidad de vida debieran ser al menos las siguientes: síntomas físicos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento, funcionamiento físico, interacción social, interacción personal, ajuste psicológico y espiritualidad.

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedad renal, quienes deben vivir con una condición médica permanente y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

Una de las áreas más afectadas en la calidad lo constituyen los síntomas físicos, en tanto que genera mayor insatisfacción en los pacientes con ERC. Entre los síntomas físicos más relevantes podemos mencionar la sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca, las infecciones, la inactividad física, la anemia, el dolor provocado por los procedimientos médicos invasivos y el taponamiento al acceso vascular en pacientes de hemodiálisis.

En la interacción personal, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la

percepción de calidad de vida del paciente. Arenas et al. (2004) hallaron en sus estudios que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales que su condición produce.

Otros aspectos personales como la infertilidad en las mujeres, la impotencia en los hombres y la disminución del deseo sexual se han encontrado vinculados con la uremia (Kimmel, 2001) y otro tipo de anomalías endocrinas, neurológicas, psicológicas, bioquímicas y farmacológicas y es un aspecto importante al cual se le ha puesto poca atención pero que tiene real afectación en la calidad de vida del paciente.

En la interacción social, Fernández et al. (2005) mencionan que los pacientes que se encuentran inactivos laboralmente muestran mayor deterioro en su calidad de vida lo que incide la mayoría de las veces en el tratamiento. Aseguran que el proceso de rehabilitación es mejor cuando los pacientes en edad activa se encuentran trabajando, que el especialista en Medicina Conductual se esfuerza por realizar una evaluación correcta de la funcionalidad del paciente con la finalidad de hacer notar las habilidades con las que cuenta y si su condición física lo permite tratar de encaminarlo hacia un ámbito laboral.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, se encuentran la depresión y la ansiedad. Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. La labor del psicólogo será entonces reajustar al paciente a una nueva condición de vida, reacomodando sus prioridades y creencias de tal manera que sean capaces de obtener

beneficios y significado a partir de un evento como la enfermedad.

Trasplante

El trasplante renal consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía, es la única forma de reemplazo renal pero no todos los pacientes son candidatos para el trasplante. Sin embargo es la mejor opción en el mejoramiento de la calidad de vida, mortalidad y gastos económicos en el paciente con enfermedad renal. Sumado a lo anterior, Del Castillo (2013) hace referencia a que en un lapso de 2.7 años el costo de la hemodiálisis rebasará el costo del trasplante y el tratamiento inmunosupresivo. Lo más importante sería considerar invertir en campañas de salud para disminuir la incidencia de enfermedad renal.

En los Estados Unidos se ha prestado poca atención a las desventajas potenciales de la donación de riñón por familiar; sin embargo, es bien sabido en la literatura clínica que la donación de un riñón por un miembro de la familia puede ser una fuente importante de estrés para el receptor, el donador y la familia como un todo (Christensen et al., 2002a). Los autores midieron el bienestar emocional (depresión) y calidad de vida relacionada con la salud en un diseño longitudinal. Examinaron la hipótesis de que el efecto del soporte familiar en sujetos pre y post trasplantados podría variar de acuerdo a la fuente de donación del injerto, específicamente entre aquellos que recibieran un riñón de un miembro de la familia, quienes reportaban mayor soporte familiar en el período pretrasplante tendrían que mostrar mejoría notable en la calidad de vida después del trasplante que aquellos cuyo soporte familiar fuese menor. Y entre los pacientes que recibieran el trasplante cadavérico se esperaba que la influencia del soporte familiar sería menos importante que en el grupo de donadores vivos relacionados.

Los datos indican que el ambiente familiar juega un papel de gran importancia en la aparición de síntomas de depresión o de cambios en la calidad

de vida después de un trasplante. La importancia del ambiente familiar de soporte varía de acuerdo con la procedencia del riñón. Si el paciente recibe un riñón de algún miembro de la familia, los pacientes reportan un mayor soporte familiar, menores síntomas de depresión, mejora la movilidad del paciente y mejora el funcionamiento social. Los pacientes que reportan un ambiente familiar de escaso soporte reportan más síntomas de depresión, menor movilidad y menor funcionamiento social después del trasplante. Esto sugiere que una familia que provea de escaso soporte puede comprometer la calidad de vida del paciente. Y aquellos pacientes que reciben el trasplante de un donador cadavérico muestran escasa mejoría en la calidad de vida, independientemente del tipo de soporte familiar.

Una vez que el paciente es trasplantado tendrá un nuevo cambio en su estilo de vida en donde de forma paulatina deberá integrarse a sus actividades, se promoverá en él de nueva cuenta la adherencia al tratamiento para no perder el injerto, la adopción de inmunogénos conductuales (Matarazzo, 1980), se intenta reintegrarlo a sus distintos ámbitos reincorporándose en actividades laborales, sociales, familiares, etc, ya que si el paciente puede realizar ejercicio supone beneficios físicos y psicológicos, su incorporación a la vida laboral supone un impacto emocional lógico para el paciente y su familia, sin embargo deberá tener cuidado con la alimentación e higiene, dada la terapia inmunosupresora en ellos es necesario prevenir infecciones. Cabe mencionar que el trasplante es un tratamiento sustitutivo de la función renal al igual que la diálisis y hemodiálisis, de ninguna manera curativo.

Además, los especialistas en Medicina Conductual participan en los equipos multidisciplinarios de salud en la valoración psicológica de los pacientes candidatos para trasplante renal, según los artículos 26 y 27 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de órganos con fines de trasplante se menciona que en los casos de trasplante, una vez que el Comité Interno de Trasplantes haya evaluado satis-

factoriamente tanto al donador como al receptor (ver Tabla 10.1 para detalles), se deberá proporcionar, previo a la realización del procedimiento quirúrgico, la información correspondiente que deberá contener el resumen clínico del caso, incluyendo estudios de evaluación psicológica y la evaluación psicológica del donador (LGS, 2011), así mismo hace mención que en el comité de trasplantes deberá estar integrado un psiquiatra o psicólogo, por lo que existe un sustento legal para que el psicólogo colabore con el equipo médico.

El donador requiere	El receptor requiere
Capacidad de comprensión.	Capacidad de comprensión.
Estar libre de coacción física o moral para donar (LGS, Art. 16 Fracc. V).	Ser consciente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito (LGS, Art. 25 Fracc. V).
Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias así como posibilidades de éxito para el receptor (LGS, Art. 16, Fracc. V).	No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (LGS, Art. 327 de la Ley publicada el 26 de mayo de 2000 en el Diario Oficial.
No tener expectativas de ganancias secundarias (económica o en especie) por donar.	Tener adherencia a los tratamientos.
No presentar cuadros psicopatológicos.	Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (LGS, Art. 26 Fracc. IX).
	No presentar cuadros psicopatológicos.
	Tener entrenamiento para tolerar el aislamiento.

Tabla 10.1. Criterios psicológicos de inclusión para trasplante renal (Alcázar et al., 2001).

El médico conductual establece vínculos de trabajo con el paciente durante el protocolo para trasplante, con la intención de apoyar además de la

valoración psicológica requerida, en la estabilidad emocional del receptor dotándolo de estrategias cognitivas y conductuales que le permitan hacer frente a esta nueva condición de salud, cabe mencionar que un periodo de suma importancia es el de aislamiento en el post quirúrgico inmediato, dado que la terapia inmunosupresora para mantener el injerto condiciona un factor predisponente de infecciones en los pacientes trasplantados, por ello es que se aíslan por un periodo de dos semanas, en donde únicamente está en contacto con el personal de salud a cargo de su atención, por lo que resulta relevante diseñar intervenciones para preparar al paciente para este periodo antes de someterse a la cirugía, mencionando las dificultades que puede tener y en su caso cómo las podría enfrentar, se pueden realizar ensayos conductuales y aproximaciones sucesivas al escenario donde se encontrarán aislados.

En el diagnóstico deberá establecer la presencia/ausencia de cuadros psicopatológicos, por ejemplo; en el caso de un cuadro grave de depresión o ansiedad característicos en el paciente renal y mencionados anteriormente, será necesario intervenir de tal manera que puedan ser aptos para el trasplante, de manera general el objetivo es que el paciente llegue en la mejores condiciones psicológicas para un trasplante exitoso.

Recordemos que en muchas ocasiones los pacientes en listas de espera para trasplante renal fallecen en virtud de no contar con un donante vivo y por no encontrarse donadores cadavéricos, dado que la donación de órganos en nuestro país no alcanza para cubrir las necesidades de órganos requeridos para trasplante.

Vázquez (2013) encontró en una muestra de 106 donadores registrados como voluntarios de órganos para después de su muerte, que dar información sobre la donación ayuda a la toma de decisión al respecto de ser donador, en su mayoría las personas no contaban con su tarjeta de donador aún cuando ya habían tomado la decisión, y aquellas personas que ya han tomado la decisión en vida y tienen seguri-

dad en la misma manifiestan querer donar lo que sea útil de su cuerpo para después de su muerte según el artículo 320 de la Ley General de Salud donde hace constar que toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente.

La Teoría de Acción Planeada (Ajzen y Madden, 1986) (TAP) reúne un conjunto de variables cognitivas, afectivas y sociales que contribuyen en la comprensión del desarrollo de la intención; la TAP, además de predecir la intención, postula la predicción de la conducta, presentando la intención como la variable que posee un valor predictivo de la acción, tres de las respuestas que se presentaron con mayor frecuencia en los sujetos fueron: deseo donar por “responsabilidad social,” “porque todos podemos necesitar de un trasplante” y “no querer que sus órganos se putrifiquen,” mismos que son tipo de pensamientos que pudieran ayudar en la solicitud de donación de órganos a los familiares, además de la intervención en crisis como opción para la contención emocional de aquellos que han perdido a un ser querido y la posterior toma de decisiones en favor de la donación de órganos.

Conclusiones

La inclusión de los parámetros: bienestar físico, emocional y social en la definición de salud de la OMS, tiene como consecuencia la aparición de un interés generalizado entre los profesionales sanitarios por la atención integral a las personas enfermas. Los problemas relacionados con la salud ya no son considerados exclusivamente médicos, sino que se incluye la perspectiva psicológica.

Desde un modelo biopsicosocial entendemos que la enfermedad física no afecta únicamente el órgano que funciona de manera incorrecta sino también afecta el comportamiento de las personas que lo padecen, a la vez el comportamiento influye en el desarrollo de la enfermedad y sobre todo en la calidad de vida de los pacientes.

La medicina conductual ha desarrollado procedimientos efectivos con problemas críticos de sa-

lud pública, por lo que constituye una alternativa en el manejo de enfermedades crónicas, desarrollando esfuerzos hacia la integración de factores teóricos y metodológicos que permitan el abordaje psicológico de los pacientes con enfermedad renal. Se tiene claramente definido el marco conceptual, las estrategias y las áreas de intervención. El marco conceptual de esta disciplina es el de las teorías del aprendizaje y el análisis experimental de la conducta. Utiliza las técnicas de evaluación e intervención propias de la terapia y la modificación de conducta.

Las áreas de intervención más relevantes de tratamiento son los síntomas derivados de trastornos funcionales tales como: dolor de cabeza, alteraciones en la presión arterial, trastornos gastrointestinales y el mejoramiento de la respuesta ante la enfermedad en los pacientes.

La actividad de los profesionales en Medicina Conductual que desarrollan su trabajo en el marco de una unidad médica hospitalaria, tiene un carácter preventivo y asistencial. En lugar de atender únicamente a los pacientes con problemas graves se desarrollan programas destinados a favorecer las respuestas adaptativas ante las diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad y a realizar asesoramiento o psicoterapia en los casos en los que aparece algún trastorno psicológico.

Los programas de intervención pueden desarrollarse en grupo o individualmente, por ejemplo, en el Hospital Juárez de México se formó desde hace varios años un grupo de pacientes con ERC. A ellos se les ha educado en el conocimiento y manejo de la enfermedad renal crónica, para ello se cuenta con la asistencia de los profesionales de la salud (Nefrología, Enfermería, Nutriología, Endocrinología y Psicología), quienes aportan información necesaria desde su área específica.

Las estrategias de evaluación consisten en la identificación de las variables relevantes que influyen en las conductas relacionadas con la enfermedad y la identificación de la función que cumplen en cada caso concreto. Se utilizan cuestionarios, entrevistas,

listas de chequeo, autorregistros y técnicas de observación directa. En cuanto a las estrategias de intervención, las más frecuentes son las estrategias de modificación de conducta, muy concretamente el manejo de contingencias y el autocontrol cognitivo y emocional.

Además de la intervención directa con los pacientes y su familia, otra función relevante del psicólogo que trabaja en el campo de la Medicina Conductual es la formación y educación de profesionales de la salud involucrados para que éstos puedan favorecer la eficacia de sus intervenciones con el uso de estrategias conductuales, tales como: comunicación asertiva, manejo de contingencias, comunicación de malas noticias, entrenamiento en relajación, etc.

La atención psicológica en enfermos crónicos es una demanda cada vez más frecuente efectuada por los pacientes y los profesionales de la medicina que los atienden, de tal manera que el psicólogo especialista en Medicina Conductual debiera estar integrado en los equipos de Nefrología en sus diferentes áreas de trabajo: consulta externa, diálisis, hemodiálisis y trasplante renal.

REFERENCIAS

- Alcázar, R.J., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D. y Reynoso, L. (2001). Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68-1.
- Ajzen, I., y Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M. y Sirvent, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en una población de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 24, 470-479.

- Balint, E. y Norell, J.S. (1973). *Six minutes for the patient: interactions in general practice consultation*. London: Tavistock.
- Becerra Rebelo, C. (2006). Intervención cognitivo conductual en pacientes con ERC para manejo de estrés y ansiedad. Tesis de Posgrado. México: UNAM.
- Brady, B.A., Tucker, C.M., Alfino, P.A., Tarrant, D.G. y Finlayson, G.C. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: a self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19-4, 339-343.
- Chavez-Iñiguez, J.S. (2013). Enfermedad Renal Crónica. *Revista del Consejo Estatal de Trasplantes de órganos y Tejidos de Jalisco*. 23-11, 5-6.
- Christensen, A.J., Raichle, K., Ehlers, S.L. y Bertolatus, J.A. (2002a). Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychology*, 21-5, 468-476.
- Christensen, A.J., Moran, P., Wiebe, J.S., Ehlers, S.L. y Lawton, W.J. (2002b). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*, 21-4, 393-397.
- Cohen, S.D., Norris, L., Acquaviva, K., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (2007). Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2-6, 1332-1342.
- Cukor, D., Peterson, R.A., Cohen, S.D. y Kimmel, P.L. (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nature Clinical Practice Nephrology*, 2-12, 678-687.
- Del Castillo, E.A., Ortíz, R. y Dominguez, A. (2013). Terapias de reemplazo renal. *Revista del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos de Jalisco*. 23-11, 10-14.
- Devins, G.M., Hunsley, J., Henry Mandin, H., Taub, K.J. y Paul, L.C. (1997). The marital context of end-stage renal disease: Illness intrusiveness and perceived changes in family environment. *Annals of Behavioral Medicine*, 19-4, 325-332.
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. y Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 57, 185-198.
- García, G. (2013). Programa de detección y tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica en México. *Revista del Consejo Estatal de Trasplantes de Órganos y Tejidos de Jalisco*, 23-11, 7-9.
- Hedayati, S.S., Bosworth, H.B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P.L. y Szczech, L.A. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 69, 1662-1668.
- Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Simmons, S.J., Alleyne, S., Cruz, I. y Veis, J.H. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57-5, 2093-2098.
- Kimmel, P.J. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 1599-1613.
- Kimmel, P.L., Emont, S.L., Newmann, J.M., Danko, H. y Moss, A.H. (2003). ESRD Patient Quality of Life: Symptoms, Spiritual Beliefs, Psychosocial Factors, and Ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases*, 42-4, 713-721.
- Kimmel, P.L., Cukor, D., Cohen, S.D. y Peterson, R.A. (2007). Depression in end-stage renal disease patients: a critical review. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14-4, 328-334.

- Kimmel, P.L., Cohen, S.D. y Peterson, R.A. (2008). Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? *Journal of Renal Nutrition*, 18-1, 99-103.
- Latorre, J. (1994). El paciente en el medio hospitalario. En Latorre, J. y Beneit, P. *Psicología de la salud*. (pp. 205-214). Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R.S., Deese, J. y Hamilton, R. (1954). Anxiety and stress in learning: the role of intraserial duplication. *Journal of Experimental Psychology*, 47, 111-114.
- Lazarus, R.S. (1981). The stress and coping paradigm. En: C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman y P. Maxim (Eds.). *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Ley General de Salud (LGS) (2011). Diario Oficial de la Federación. México.
- Logan, S.M., Pelletier-Hibbert, M. y Hodgins, M. (2006). Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *Journal of Advanced Nursing*, 56-4, 382-391.
- Martín Alfonso, L. y Grau Abalo, J. A. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud, *Psicología y Salud*, 90, 92, 94. 89-99.
- Martín de Francisco, A. L., Rodríguez-Puyol, D. Y Praga, M. (1997). *Nefrología clínica*. Madrid: Editorial Panamericana, 528-545.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Nerenz, D.R. y Leventhal, H. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York: Academic Press.
- Ojeda Vallejo, I.G. (2005). *Intervención cognitivo conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con IRCT*. Tesis de Posgrado. UNAM.
- Patel, S.S., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (2005). The impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in Dialysis*, 18-2, 98-102.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I.(2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México, El Manual Moderno.
- Safren, S. (2000). Life-steps: applying cognitive behavioural therapy to HIV medication adherence. *Cognitive and behavioural practice*, 6, 333-334.
- Sánchez Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19-1, 86.
- Seligman, M. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la salud*. 46-47. México: Mc Graw Hill.
- US Renal Data System (2002). *USRDS 2002 annual data report: atlas of end-stage renal disease in the United States*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- Vázquez-Mata, M.I., Espinoza, R., Díaz, I. (2013). Creencias sobre la donación de órganos y tejidos: un análisis descriptivo. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 2-S1, 5.
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Williams, A y Manias, E. (2008). A structured literature review of pain assessment and management of patients with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 17-1, 69-81.

CAPÍTULO 11

Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad

Aída Monserrat Reséndiz Barragán y Mariana Sierra Murguía

La obesidad se define como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” y se determina mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual es un indicador que se obtiene al dividir el peso en kilogramos sobre la estatura en metros al cuadrado (kg/m^2); cuando el resultado sobrepasa los treinta puntos puede determinarse que dicha persona presenta obesidad (Organización Mundial de la Salud [OMS, 2012]).

Otra definición de obesidad es la presentada por el Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy et al. (2006), la cual afirma que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y cuyo desarrollo obedece a un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético e involucra factores genéticos y ambientales que provocan la acumulación excesiva de grasa corporal.

La obesidad genera comorbilidades que representan una amenaza para la salud física y psicológica de las personas. De acuerdo a Garduño y García (2010) algunas complicaciones físicas que pueden presentarse en los pacientes con obesidad son: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, apnea del sueño, cáncer, y diversas alteraciones musculoesqueléticas y trastornos gastrointestinales, algunas de las cuales pueden llevar a una muerte prematura (Pi-Sunyer, 2003).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública, la obesidad y el sobrepeso se presentan de manera conjunta en el 73% de las mujeres y en el 69.4% de los hombres en México. Este documento también reporta que de 1988 al 2006 en mujeres de 20 a 49 años la tasa de sobrepeso incrementó en un 41.2% y la de obesidad 270.5%; en los hombres mayores de 20 años entre el 2000 y el 2012 el sobrepeso incrementó en un 3.1% y la obesidad en un 38.1%. Estos datos revelan que 7 de cada 10 mexicanos sufren de sobrepeso u obesidad, por lo que se le debe de dar prioridad nacional a su prevención, mediante el involucramiento multisectorial y social y la elaboración, aplicación y monitoreo de programas específicos.

Etiología

La obesidad es un fenómeno multifactorial atribuible a cuestiones biológicas, psicológicas y sociales (Akbartabartoori, Lean y Hankey, 2005) que pueden presentarse desde la infancia del individuo o a raíz de un evento específico. Entre los factores biológicos que contribuyen con el problema de la obesidad existen elementos genéticos y alteraciones metabólicas o endocrinas tales como: hipotiroidismo, hipercortisolismo, síndrome de ovarios poliquísticos, alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis, resistencia

a la insulina y la función de ciertas hormonas cuyo efecto en el tejido periférico y en distintas regiones del hipotálamo y la hipófisis actúan como reguladores de las señales de hambre y saciedad, así como del tejido adiposo (García-García, 2010). Sin embargo, algunos autores estiman que la probabilidad de que una persona padezca obesidad por cuestiones biológicas oscila entre el 30% y 40%, lo que significa que la etiología más recurrente es la sobrealimentación y el sedentarismo (Rankinen, et al. 2002) siendo estos elementos los más sobresalientes entre los factores conductuales que favorecen la obesidad, los cuales son exacerbados por los medios de transporte, actividades sedentarias y escasez de espacios físicos, entre otros (Fomento de Nutrición y Salud [FNS], 2002; Gutiérrez, 2005; Rivera et al., 2006).

Según la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD [2008]) algunos factores ambientales o sociales que favorecen el desarrollo de la obesidad son: económicos (ingreso familiar, costo de los alimentos), políticos (formales: leyes y políticas públicas e informales como: reglas institucionales incluyendo las del hogar), socioculturales (influencia de amigos, valores, escuela, vecindario, hogar) y físicos (disponibilidad de alimentos en casa, escuela, propaganda comercial), en los que se desenvuelve el individuo y que tienen poderosas influencias sobre la conducta.

También se ha observado una alta correlación entre distintos trastornos psiquiátricos y la obesidad, por lo que numerosos autores consideran que al padecer un trastorno psiquiátrico la probabilidad de presentar obesidad aumenta (Simon et al., 2006). Sin embargo, la prevalencia de la obesidad ha incrementado notablemente entre las personas con desórdenes psiquiátricos durante los últimos años a manera de una interrelación recíproca en la que muchas de las personas con desórdenes psiquiátricos presentan obesidad y a su vez la obesidad ocasiona mayor incidencia en trastornos psiquiátricos (Allison et al., 2009). Los desórdenes psiquiátricos más frecuentemente encontrados en la literatura entre

pacientes obesos son el episodio depresivo mayor y el desorden bipolar, aunque también se mencionan los desórdenes de ansiedad, desórdenes de alimentación, trastornos psicóticos y el trastorno por déficit de atención (Pagoto, Schneider, Appelhans, Curtin, y Hajduk, 2011).

Comorbilidades psicológicas del paciente con obesidad

La obesidad se ha descrito como un problema de salud que no sólo se relaciona con riesgos físicos, aumento de morbilidad y de mortalidad; sino que además se relaciona con comorbilidades psicológicas y psiquiátricas. En este padecimiento las variables psicológicas son de gran importancia pues influyen en su desarrollo, mantenimiento y tratamiento. Identificar las que intervienen en el éxito del tratamiento es importante para diseñar tratamientos efectivos. El presente apartado explica las principales comorbilidades psicológicas identificadas en pacientes con obesidad.

Psicopatología

La encuesta epidemiológica nacional de alcohol y condiciones relacionadas (NESARC, 1994) de Estados Unidos incluyó los trastornos evaluados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) que se hayan presentado en la historia del paciente y durante el último año, así como datos antropométricos como peso, talla e IMC de 41,654 participantes, por lo que Petry, Barry, Pietrzak y Wagner (2008) examinaron la relación entre IMC y trastornos mentales. Se identificó una correlación positiva significativa entre IMC y trastornos del estado de ánimo (historia y presente), los grupos con obesidad moderada y obesidad severa tenían mayor prevalencia de los mismos; también identificaron una correlación positiva significativa entre 5 de los 6 trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia con y sin agorafobia, fobia específica y fobia social) y obesidad, los grupos con sobrepeso, obesidad moderada y severa tenían

mayor prevalencia de los mismos, y a mayor grado de obesidad, mayor prevalencia (Petry et al., 2008).

Kessler, Chui, Demler y Walters (2005) y Abilés et al. (2010) concluyeron que los pacientes que buscan someterse a una cirugía bariátrica presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos; los autores concluyen que a mayor grado de obesidad, es mayor la prevalencia de trastornos psiquiátricos.

En relación a la prevalencia de trastornos psiquiátricos específicamente en pacientes con obesidad se ha reportado que 66% presenta historia de trastornos en el eje I del diagnóstico multiaxial del (trastornos clínicos psiquiátricos) ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (38% prevalencia actual); historia de abuso de sustancias con 32.6% y trastornos de la personalidad con 29% (Greenberg, Sogg y Perna, 2009).

A su vez, presentar un diagnóstico psiquiátrico como depresión o ansiedad se ha asociado a padecer obesidad y a presentar trastorno por atracón (Kessler et al. 2005), adicional a esto, haber presentado depresión o ansiedad alguna vez en la vida se ha asociado a conductas poco saludables como el sedentarismo y a ser obeso (Strine et al. 2008).

Se ha descrito una relación bidireccional entre la obesidad y la depresión, pues se ha encontrado que las personas que padecen obesidad tienen un incremento de riesgo de 55% para desarrollar depresión, mientras que las personas que padecen depresión tienen un incremento del 58% para desarrollar obesidad (Luppino et al., 2010).

Se resalta la importancia de esta relación bidireccional pues se ha señalado en la literatura el afecto negativo (síntomas de depresión o ansiedad) como variable antecedente de episodios de atracones (Haedt-Matt y Keel, 2011).

En un estudio realizado en población mexicana con obesidad severa se encontró que el 57 % de los pacientes presentaba algún grado de depresión (Sierra- Murguía et al., 2012), lo cual concuerda con otros estudios (Hayden, Dixon, Sixon, Shea y O'Brien, 2010; Kalarchian, Marcus y Levine, 2007;

Kessler et al., 2005; Luppino et al., 2010) que han reportado una correlación entre obesidad y depresión, siendo 32% mayor el riesgo en mujeres que en hombres; así como una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo y trastornos de personalidad en pacientes con obesidad (Kalarchian, et al. 2007; Petry et al., 2008).

Otros estudios han mostrado que padecer trastornos del estado de ánimo y de la conducta alimentaria se ha relacionado a menor pérdida de peso y a deserción de tratamiento (Pagoto et al., 2007), de igual manera, en pacientes que se encuentran bajo tratamiento para trastorno por atracón, presentar sintomatología depresiva se ha asociado a mayor deserción de tratamiento y mayor severidad del trastorno de la conducta alimentaria (Masheb y Grilo, 2008). Con base en esto, se ha sugerido que enfocar el tratamiento al estado de ánimo además de la conducta alimentaria puede ser de utilidad en el tratamiento de la obesidad, y se resalta la importancia de considerarlos para la evaluación inicial de estos pacientes (Peterson, Latendresse, Bartholome y Raymond, 2012).

Estigma

Las personas que padecen obesidad frecuentemente son víctimas de discriminación, prejuicio y estigma (Puhl, 2010). Como consecuencia de esto, se ha encontrado un aumento en las preocupaciones por el cuerpo, aislamiento social, estado de ánimo deprimido y baja autoestima (Werrij et al., 2009), una disminución en la calidad de vida del sujeto, aumento de prevalencia de tabaquismo, alcoholismo, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria, así como una mayor mortalidad (Abilés et al., 2010).

Se ha descrito que el estigma relacionado al peso juega un papel crucial en el desarrollo de psicopatología, en especial de la depresión, en personas con obesidad por lo que no debe ser subestimado pues estas personas están sujetas a constante discriminación, prejuicios y estereotipos (Puhl y Heuer, 2009).

Trastornos de la conducta alimentaria

Hace algunos años la obesidad era considerada como un trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, se ha visto que no existe un patrón de alimentación para todas las personas con sobrepeso u obesidad.

Se han identificado dos patrones de alimentación mayormente prevalentes en personas que padecen sobrepeso u obesidad, el trastorno por atracón y el síndrome de comedor nocturno (Stunkard, 2011).

Otro patrón desadaptativo relacionado con la conducta alimentaria es la ingesta emocional, se presenta en el 38% de los pacientes con obesidad y se caracteriza por comer sin hambre física, sino en respuesta a algún estado emocional (Guerdikova et al., 2007). Se ha descrito como una respuesta común en pacientes que son víctimas de discriminación (Puhl y Brownwell, 2006). Estas condiciones generan malestar emocional y disfunción en quien lo padece por lo que deben evaluarse y recibir intervención adecuada (Stunkard, 2011).

Trastorno por atracón (binge eating disorder)

Una de las mayores comorbilidades asociadas a la obesidad lo representan el trastorno por atracón. Mientras que la prevalencia de trastorno por atracón en población sin obesidad es de 2- 5% (de Zwaan, 2001), se ha descrito que el 24% de los pacientes con obesidad mórbida presentan trastorno por atracón severo, que a su vez se relaciona con mayor prevalencia de depresión y disminución de la calidad de vida (Alger-Mayer, 2009).

Acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión V (DSM-V), los criterios diagnósticos son los siguientes:

Trastorno por atracón: criterios diagnósticos

1. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio se caracteriza por:
 - Ingerir, en un periodo discreto (aproximadamente dos horas), una cantidad de alimento mayor a la que la mayoría de las personas comería en un periodo similar

bajo las mismas circunstancias.

- Sensación de pérdida de control durante el episodio (sentir que no puede parar de comer, o controlar la cantidad de alimento que está ingiriendo).
2. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de las siguientes:
 - Comer más rápido que la mayoría de las personas.
 - Comer hasta sentirse incómodamente satisfecho.
 - Comer grandes cantidades de alimento aún sin tener hambre física.
 - Comer sólo, debido a sentir vergüenza con las demás personas por la cantidad de alimento que ingiere.
 - Sentimientos de culpa, disgusto o depresión asociada a los episodios.
 3. Estrés notable asociado a los atracones.
 4. Los atracones ocurren, en promedio, por lo menos una vez a la semana durante por lo menos 3 meses.
 5. Los atracones no se asocian al uso recurrente de conductas compensatorias como en el caso de bulimia nerviosa y no ocurre exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Síndrome del Comedor Nocturno

Este síndrome no es común en población general, se ha descrito en un 1.5%, con un aumento de la prevalencia conforme aumenta el peso. En clínicas de obesidad se ha reportado una prevalencia de 8.9 al 15% y en clínicas de cirugía bariátrica de 10 al 42% (Stunkard, 2011).

Es un trastorno que se caracteriza por un retraso en los ciclos circadianos de la ingesta alimentaria, los síntomas que presenta son (de Zwaan, 2006):

1. Hiperfagia nocturna (más del 50% de la ingesta calórica diaria).
2. Anorexia matutina.
3. Puede o no despertarse a comer durante la noche.
4. Por lo menos durante los últimos 3 meses.

Si bien es un trastorno identificado, no se ha definido si es un trastorno de la conducta alimentaria o un trastorno del sueño. Los criterios aún no se han definido debido a diferencias culturales y esto ha dificultado la investigación y generación de tratamientos específicos.

Distorsión de la imagen corporal

En pacientes con obesidad se ha reportado que hasta el 20% percibe su figura ideal con sobrepeso u obesidad en menor grado del que se tiene y que sólo el 16% se percibe con obesidad, esta discrepancia resultó ser significativa en mujeres con sobrepeso y obesidad, en donde se reporta que las mujeres con obesidad tienden a subestimar el tamaño de su cuerpo hasta en un 20%, mientras que las que padecen sobrepeso con 12%. Esto confirma que muchas mujeres con sobrepeso u obesidad se perciben en peso normal y no existe percepción de riesgo para esta condición (Potti, Milli, Jeronis, Gaughan y Rose, 2009). Una de las explicaciones que se ha dado a este fenómeno es la habituación, al aumentar la prevalencia de personas con sobrepeso u obesidad, las personas que lo padecen se perciben dentro de la norma y por ende, en un peso “normal” (Burke, Heiland y Nadler, 2010); al no percibirse como población “en riesgo” son menos propensos a realizar cambios que puedan beneficiar su salud (Moore, Harris y Wimberly, 2010). Se resalta la importancia de comunicarle al paciente sobre su estado, ya que se ha reportado que aún con el conocimiento del peso, talla e IMC, 37% de los pacientes con sobrepeso y 19% de los pacientes con obesidad se consideraban en un peso sano cuando el médico tratante no se los había comunicado; esto disminuía cuando se les comunicaba, a 6% en pacientes con sobrepeso y 3% en pacientes con obesidad (Post et al., 2011).

Calidad de vida

La calidad de vida actualmente es considerada como una prioridad en el manejo de los padecimientos crónicos degenerativos, por lo que es una variable de

desenlace relevante en los programas de tratamiento (Apolone, De Carli, Brunetti y Garattini, 2001).

El hecho de que las comorbilidades psicológicas determinan un decremento en la calidad de vida y que en personas con obesidad hay un mayor número de éstas, hace que la intervención psicológica sea esencial en los centros de tratamiento para la obesidad (Mannucci, 2010).

En personas que padecen obesidad se ha descrito un deterioro en la calidad de vida, particularmente en dominios psicológicos, sociales y físicos (Karlsson, 2007). Se ha reportado que a mayor grado de obesidad, mayor deterioro en la calidad de vida; en pacientes con mayor índice de masa corporal (IMC) se ha visto mayor afectación en el área física, por lo que se sugiere que el desempeño físico y las comorbilidades físicas juegan un papel importante en la calidad de vida de estos pacientes (Karlsson, 2007; Sierra-Murguía et al., 2012).

Evaluación Psicológica del paciente con obesidad

El objetivo de la evaluación psicológica de los pacientes con obesidad es identificar factores psicológicos, sociales, ambientales y biológicos, que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad (LeMont, Moorehead, Parish, Reto y Ritz, 2004; García-García y Vázquez-Velázquez, 2010), esto para diseñar intervenciones acorde a las necesidades del paciente.

La evaluación además nos sirve para identificar la conducta del paciente antes del tratamiento para poder evaluar los cambios que se generen con el mismo, ya que además de identificar cómo se encuentra el individuo actualmente, permite registrar los síntomas y áreas problema a lo largo de la intervención.

Las áreas que se han sugerido evaluar para el tratamiento de la obesidad son las siguientes tablas (ver Tablas 11.1 y 11.2).

Padecimiento actual	Tiempo que tiene con la obesidad Menor peso logrado Mayor peso logrado Detonantes de la obesidad Factores que la mantienen Intentos previos por perder peso (evaluar efectividad) Razones por las cuales ha vuelto a subir de peso Barreras percibidas para cambiar sus hábitos
Conducta alimentaria	Número de comidas que realiza por día Horarios de alimentación Descripción detallada de la conducta alimentaria (dónde, con quién, otras actividades que realiza, disponibilidad de los alimentos) Conductas específicas: atracones, “picar” alimentos, ayunos prolongados, consumo de refrescos, frituras, etc. Ingesta emocional y recreativa
Actividad Física	Estilo de vida (sedentarismo, medio de transporte, tiempo que camina diario, etc.) Realización de ejercicio físico (tipo, duración, frecuencia e intensidad)
Motivaciones y expectativas del tratamiento	Razones por las cuales quiere perder peso Qué espera que se modifique Cuánto peso espera perder y en cuánto tiempo
Redes de apoyo	De qué manera su familia, amigos y personas cercanas han contribuido al padecimiento, de qué manera pueden ayudarlo a modificar sus hábitos
Psicopatología	Historia psiquiátrica/psicológica Entrevista MINI (diagnósticos del DSM IV) Examen mental

Tabla 11.1. Temas a incluir en la entrevista.

Padecimiento actual y conducta alimentaria	Entrevista Clínica WALI Cuestionario de Sobreingesta alimentaria* Entrevista Boston Cuestionario para la cuantificación y valoración de hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad
Depresión	Entrevista Clínica Entrevista MINI* Inventario de depresión de Beck BDI* Inventario Hamilton de depresión*
Ansiedad	Entrevista Clínica Entrevista MINI* Inventario de ansiedad de Beck BAI* Inventario de ansiedad rasgo/estado IDARE* Inventario de sensibilidad a la ansiedad ASI*
Psicopatología	Entrevista Clínica Entrevista MINI* MMPI*
Trastornos de Conducta Alimentaria	Entrevista Clínica Entrevista MINI* Eating Disorders Inventory EDI*
Calidad de Vida	Escala de Factores de Riesgo Asociados a TCA EFRATA* Entrevista Clínica SF 36* Inventario de Calidad de Vida y Salud InCaViSa* Bariatric Quality of Life index BQL Impact of weight quality of life IWQL

Tabla 11.2. Métodos de evaluación del paciente con obesidad.

Padecimiento actual

Inicio y curso de la obesidad, factores que han contribuido al desarrollo y mantenimiento de la obesidad (LeMont et al., 2004; Sogg y Mori, 2004).

- Intentos previos por perder peso: Es importante conocerlos para identificar el tipo de intervenciones y conductas que han funcionado o no para el paciente. Identificar razones por las cuáles no ha funcionado el tratamiento anteriormente y generar nuevas estrategias de intervención tomando en cuenta estos factores (Greenberg, Smith y Rockart, 2004, Sogg y Mori, 2004).
- Conducta alimentaria: consiste en identificar los factores cognitivos, conductuales, ambientales, sociales y emocionales que determinan lo que come el paciente (García-García y Vázquez-Velázquez, 2010). Incluye la frecuencia, duración del episodio de ingesta y la intensidad.
- Hábitos de alimentación específicos del individuo: conductas como “picar” alimentos, ayunos prolongados (más de 4 horas sin comer), número de alimentos que hace al día, horarios de alimentación, consumo de bebidas con alta densidad energética (refrescos, jugos), atracones, conductas compensatorias, el consumo de agua simple.
- Factores ambientales: Lugar y personas con las que come, preparación y manejo de los alimentos, actividades que realiza mientras come, disponibilidad de alimentos (Wadden y Phelan, 2004).
- Costumbres familiares y sociales relacionadas con la conducta alimentaria.
- Ingesta emocional: comer en respuesta a algún estado emocional
- Ingesta recreativa: comer en respuesta a inactividad como un medio de distracción.
- Actividad Física: Tipo de actividad, duración y frecuencia. Pueden usarse marcadores objetivos como el uso de monitores cardiacos en donde se incluye el tiempo del ejercicio, la frecuencia cardiaca promedio de cada sesión de actividad física. También pueden tomarse actividades cotidianas, por ejemplo, el transporte utilizado, promedio de tiempo que camina al día, el uso de escaleras, el tipo de trabajo (Wadden y Phelan, 2004).

Métodos de Evaluación

Se pueden realizar entrevistas clínicas, estructuradas o semi estructuradas en donde se incluyan estos factores relacionados con el padecimiento actual.

Métodos observacionales

Autorregistros de conducta alimentaria que incluya todos los alimentos y bebidas que el paciente ingiera durante el tiempo establecido por el terapeuta, es importante incluir días regulares y fines de semana; los autorregistros tienen la ventaja de que podemos incluir pensamientos, emociones, situaciones antecedentes y consecuencias de la conducta que queremos evaluar (alimentación, ejercicio, episodios de atracón, pensamientos sabotadores, etc.), de esta manera podemos hacer un análisis funcional.

Cuestionarios autoaplicables: existen algunos instrumentos diseñados para evaluar el estilo de vida incluyendo la historia del peso, redes de apoyo, e incluso ingesta emocional como el Weight and Lifestyle Inventory (WALI) (Wadden y Foster, 2006), o el Boston Interview for Gastric Bypass (Sogg y Mori, 2004). Para conducta alimentaria está el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria OQ (O'Donnell y Warren, 2007) que mide hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad, así como el Cuestionario para la Valoración y Cuantificación de los Hábitos de Vida relacionados con la Obesidad y el Sobrepeso (Pardo et al., 2004).

Psicopatología actual e historia psiquiátrica

Se ha encontrado una alta prevalencia de psicopatología en personas que padecen obesidad, debido a que es un factor que puede interferir con la motivación y conducta del paciente, se considera importante identificarla y tratarla a la vez que el paciente intenta la pérdida de peso. En este rubro es importante incluir trastornos de la conducta alimentaria incluyendo el trastorno por atracón y el síndrome de comedor nocturno.

Instrumentos de Evaluación

Mediante la entrevista clínica se debe conocer la historia psicológica/psiquiátrica del paciente y corroborar los datos de los cuestionarios autoaplicables.

Instrumentos de evaluación: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI: Sheehan et al. 2000). Entrevista corta y estructurada que explora síntomas compatibles con los criterios del DSM IV TR. Versión del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” muestra adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizado en población mexicana (Heinze, 2000).

Cuestionarios Autoaplicables: Para depresión se ha reportado más frecuentemente el uso del *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Steer y Garbin, 1988b) cuenta con versión adaptada para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998); seguido por la *Escala Hamilton de Depresión* (Hamilton, 1960; Bagby, 2004). Para ansiedad se ha reportado el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* (Beck, 1988a; Tafoya, Gómez, Permitré, Ortega y Ortiz, 2006), el *Inventario de Ansiedad rasgo/estado de Spielberger* (Spielberger y Díaz Guerrero, 2008) y el *Inventario de Ansiedad de Hamilton* (Hamilton, 1969), o el *Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI)* en su versión adaptada para población mexicana por Zvolensky (2003). Se ha utilizado el *Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI)* para psicopatología en pacientes con obesidad severa (Kinder, Walfish, Young y Fairweather, 2008).

Para trastornos de la conducta alimentaria se ha utilizado el *Eating Disorders Inventory (EDI)* (Garner, 1991) que también se ha adaptado utilizado para población mexicana (Unikel Santoncini, Bojorquez Chapela, Carreño García y Caballero Romo, 2006) y la *Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria (EFRATA)* (Gómez Pérez-Mitre, 2000) también ha sido utilizado en pacientes con obesidad (Sierra-Murguía et al.,

2012). Cabe mencionar que no todos los inventarios mencionados cuentan con una versión validada para población mexicana, por lo que representan un área de oportunidad para el médico conductual interesado en el área de obesidad.

Calidad de Vida

La obesidad se asocia a un deterioro en la calidad de vida en salud especialmente en dominios físicos, psicológicos y sociales, y que a mayor grado de obesidad, mayor deterioro en la misma (Manucci et al., 2010).

Los cuestionarios autoaplicables que se han utilizado para calidad de vida general son el SF36 y el *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)* (Riveros Rosas, Sánchez Sosa y Del Águila, 2009), ambos con características psicométricas adecuadas para utilizarse en población mexicana. Existen algunos cuestionarios específicos para calidad de vida en pacientes con obesidad como el *Impact of Weight on Quality of Life (IWQL)* y otros específicos para pacientes que se someten a cirugía bariátrica como el *Bariatric Quality of life Index* (Weiner et al., 2005) o el Baros (Wolf, Falcone, Kortner y Kuhlmann, 2000), sin embargo éstos no se encuentran aún disponibles para uso en población mexicana.

Otros factores a evaluar en la entrevista

- Redes de apoyo: Los hábitos, actitudes y conductas de la familia, amigos y compañeros de trabajo del paciente tienen influencia en los intentos que hace el paciente de perder peso (Wadden y Phelan, 2004; LeMont et al., 2004; Sogg y Mori, 2004).
- Motivaciones y expectativas del tratamiento: Uno de los factores asociados a la reganancia de peso y al abandono de tratamiento son las expectativas poco realistas de los resultados del tratamiento (Fabricatore et al., 2007). Al percibir que no se obtienen los resultados que esperaban, abandonan los esfuerzos por mantener el peso que han logrado perder (Cooper, 2001). En otro

estudio se encontró que a mayor expectativas sobre la pérdida de peso, mayor deserción al tratamiento y menor disminución en el IMC a un año de tratamiento (Dalle Grave et al., 2005).

Estrategias utilizadas en el tratamiento de la obesidad

Automonitoreo

Consiste en la observación sistemática y el registro de la conducta problema como puede ser un pensamiento disfuncional, respuesta emocional y/o conducta problema (Jarrett y Nelson, 1987). El automonitoreo de conductas específicas con antecedentes y consecuentes es útil para la realización de un análisis funcional o como parte de una evaluación inicial (Tee y Kazantzis, 2011). Permite identificar frecuencia o línea base de la conducta que queremos modificar, aumenta la atención del paciente hacia esa conducta, y proporciona retroalimentación sobre los progresos del paciente (Butryn, 2007). Existen diferentes maneras de implementar el automonitoreo en terapia psicológica, pueden utilizarse hojas de registro en donde simplemente se registre la ocurrencia de la conducta deseada, o registros más complejos en donde se incluyan antecedentes, emociones, intensidad de las mismas, pensamientos y consecuentes (Cohen, Edmunds, Brodman, Benjamin y Kendall, 2012).

Pueden utilizarse formatos de registro, cuadernillos de registros o medios electrónicos. Lo importante es que la conducta sea registrada lo más cercano posible a su ocurrencia (Kanfer, 1980). Por lo que se ha reportado que los medios electrónicos son más precisos, generan mayor adherencia y mayor preferencia en los pacientes, que los registros tradicionales (papel) (Dale y Hagen, 2007). Este procedimiento ha mostrado ser una estrategia eficaz para promover el control del peso (Wing, Tate, Reynor y Fava, 2006) en virtud de que se ha observado que tiene un efecto sobre la conducta, incrementa las conductas deseadas y disminuye las no deseadas. Se utiliza tanto para la pérdida como para el mantenimiento del peso (Fabricatore, 2007b).

Las personas con obesidad tienden a subestimar el consumo calórico hasta en un 50% por lo que esta estrategia es eficaz para identificar la cantidad real de alimento que consumen (Lichtman et al., 1992).

En el tratamiento de obesidad se ha sugerido el automonitoreo de alimentos y bebidas (especificando cantidades y preparados), puede incluir además la cantidad de calorías, pensamientos asociados, ejercicio realizado (pasos contados con podómetro, tiempo de ejercicio, frecuencia cardiaca promedio, etc), tiempo que pasa en horas “pantalla,” intensidades de hambre y saciedad (Dicker y Wilcoxon, 2004).

Control de Estímulos

El control de estímulos es una técnica fundamentada en los principios del condicionamiento operante de Skinner, el cual determina que una conducta se encuentra bajo el control de un estímulo denominado discriminativo cuando tiene mayor posibilidad de realizarse frente a dicho estímulo a manera de predicción y no de obligatoriedad. Esta respuesta se establece mediante una experiencia previa que establece correlación entre un antecedente, una conducta y una recompensa positiva o reforzamiento (Kazdin, 1994).

En el tratamiento para la obesidad, los patrones de sobreingesta y el sedentarismo pueden ser modificados mediante la identificación de los estímulos internos y externos que favorecen la sobreingesta y su sustitución por otros que promuevan hábitos más saludables; al emplear esta técnica se pueden manejar arreglos contextuales tales como disminuir la disponibilidad de alimentos hipercalóricos en casa o evitar la exposición a situaciones sociales que pudieran despertar la sobreingesta (Dorsten y Lindley, 2008) con la finalidad de romper las asociaciones que incrementan la posibilidad de realizar dicha conducta.

El control de estímulos también se refiere a la implementación de reforzadores que harán más frecuentes la realización de una conducta deseable. De este modo, puede ser empleado en el tratamien-

to de los pacientes de obesidad al proporcionar recompensas contingentes a las conductas que se busca incrementar, tales como la práctica de ejercicio, el respetar horarios, controlar antojos, etc., las cuales se sumarán a las ganancias que obtendrá por la pérdida de peso en sí (mejor salud, mejor autoconcepto, agilidad, etc.) actuando como reforzadores de dicha conducta (Fabricatore, 2007b).

Solución de Problemas

Este procedimiento aplicado a la obesidad consiste en enseñar al individuo a identificar barreras para el cambio en su estilo de vida, mantenimiento del mismo y a proponer soluciones para las mismas. Puede enfocarse a cuestiones ambientales (fijar horarios de alimentación, generar disponibilidad de alimentos saludables, planear comidas en restaurantes, aspectos económicos de la alimentación y ejercicio, etc), sociales (presión por parte de familiares y amigos, comidas o festejos, etc), retos personales (desmotivación, pensamientos sabotadores, trastornos del estado de ánimo, etc.) (Van Dorsten y Lindley, 2008).

Aproximadamente 38% de los pacientes con obesidad come en respuesta a algún estado emocional (ingesta emocional) (Guerdikova et al., 2007), esta técnica puede ayudarlos a enfocarse en resolver el problema que genera esa emoción en lugar de ingerir alimento para disminuir o modificar la emoción.

El paciente y el terapeuta deben lograr cuatro objetivos: el primero, identificar la relación entre la sintomatología actual del paciente y los problemas que presenta, como parte de este objetivo, hacerle entender que los problemas son una constante en la vida de todo ser humano y que aprender a enfrentarlos y resolverlos le ayudará a disminuir la sintomatología. El segundo objetivo consiste en aumentar la capacidad del paciente para definir sus problemas. El tercero es enseñar al paciente esta técnica como una manera de enfrentar de una forma estructurada los problemas que se le presenten. El último objetivo es generar una percepción positiva de la técnica, muchos pacientes se agobian al percibir problemas,

con esta técnica se puede aumentar la percepción de control sobre los mismos (Mynors- Wallis, 2001).

Basado en la propuesta de D'Zurilla & Golfried (1971), consiste en cinco pasos: 1. Identificación del problema (operacionalización), 2. Propuesta de diferentes soluciones, 3. Analizar beneficios y desventajas de cada una de esas soluciones, 4. Implementar la solución que le parezca más adecuada en base al análisis anterior y 5. Evaluar si esa solución fue útil o no.

Activación conductual

En la década de los 70s, se describió que la depresión era el resultado de un déficit de reforzamiento positivo en el ambiente (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; MacPhillamy y Lewinsohn, 1972). Esta técnica fue creada en un principio como tratamiento conductual de la depresión, en donde se buscaba incrementar de manera estructurada eventos que generaran reforzamiento positivo además de disminuir los eventos negativos y sus consecuencias (Lewinsohn y Graf, 1973).

El objetivo de la activación conductual es mantener a los pacientes activos y realizando actividades cotidianas que serán reforzadas de manera natural por el ambiente; en lugar de mantenerse evitativos e inactivos, se busca enseñar al paciente la importancia de las actividades reforzantes y la influencia de éstas en el estado anímico (Martell, Addis, y Jacobson, 2001).

La eficacia de la activación conductual en el tratamiento de la depresión ha sido comparada en estudios aleatorizados con el uso de antidepresivos y con la terapia cognitiva, mostrando resultados equiparables a los farmacológicos y superiores a la terapia cognitiva (Dimidjian et al., 2006).

Se ha adaptado a conductas de salud, con el objetivo de la exposición a los refuerzos positivos de realizar conductas saludables que mantendrían estas conductas y disminuirían síntomas depresivos (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001). La activación conductual puede entonces contribuir a una pérdida de peso mediante el incremento de conductas saludables, e

incompatibles con comer, que además sirvan como reguladoras del estado de ánimo para evitar la ingesta emocional (Pagoto et al., 2008).

Se ha sugerido el uso de esta técnica en pacientes con obesidad para disminuir conductas sedentarias y aumentar la actividad física (Bean, Stewart y Olbrisch, 2008). Se ha evaluado su efecto en pérdida de peso en conjunto con asesoría nutricional en pacientes con obesidad y depresión (Pagoto et al., 2008) reportando que la activación conductual en conjunto con asesoría nutricional es efectivo para pérdida de peso y remisión de los síntomas depresivos.

Prevención de Recaídas

Marlatt y Gordon (1985) propusieron un modelo de prevención de recaídas basado en la psicología social-cognitiva que ha sido usado principalmente en el tratamiento de adicciones, el cual está compuesto de un modelo conceptual y de un cúmulo de técnicas cognitivas y conductuales que pueden disminuir la probabilidad de presentar una recaída o limitarla. La aplicación de dicho modelo consiste en identificar los estímulos que pueden generar recaídas, analizar sus características contextuales y emocionales y evaluar las respuestas del individuo ante ellos, así como el análisis en retrospectiva de las situaciones en su estilo de vida que lo exponen a situaciones de riesgo. Con esta información se debe elaborar un plan específico para proveer al paciente de herramientas que disminuirán la posibilidad de recaídas.

Uno de los mayores retos en el tratamiento de pacientes con obesidad es el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso, para lo cual pueden emplearse estrategias para la prevención de recaídas. Dorsten y Lindley (2008) realizaron una revisión literaria en la cual identificaron como estrategias útiles para prevenir la reganancia de peso: seguimientos a largo plazo por parte del mismo personal que trabajó con el paciente durante su tratamiento, pesaje frecuente, el acceso a entrenadores personales o aliados económicos, entre otros.

Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación son empleadas para disminuir la reactividad fisiológica y afectando los procesos emocionales, cognitivos y conductuales mediante el restablecimiento del equilibrio mental, la calma y la paz interior (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012). Se considera un proceso de aprendizaje gradual en el cual se desarrolla la habilidad de reducir la activación general del organismo con la finalidad de favorecer el manejo de distintas situaciones y favorecer la salud y el equilibrio mental (Jacobs, 2001). Existen varias técnicas de relajación entre las cuales se debe de elegir la más adecuada de acuerdo a los objetivos específicos que se buscan y a la disfunción psicológica que se intenta abordar. Entre las técnicas de relajación se encuentra la relajación progresiva de Jacobson (1939); el entrenamiento en relajación autógena (Schultz, 1931); distintas técnicas de respiración (costal, diafragmática y abdominal), entre otras.

La modificación de hábitos alimenticios y el empleo de técnicas de automonitoreo descritas con anterioridad, pueden llevar al paciente a identificar problemas de índole psicológica y psicosocial, así como dificultad para resolver problemas. En ocasiones, la sobreingesta es empleada como estrategia de enfrentamiento a diferentes problemas y emociones, por lo que se debe de enseñar a los pacientes diferentes maneras de hacerles frente sin recurrir a la comida (Kinzi, Trefalt, Fiala y Biebl, 2002). Según Sánchez y Pontes (2012) las personas desarrollan distintas maneras de lidiar con sus emociones las cuales pueden tener influencia directa en su peso ya que existen factores emocionales que pueden desinhibir a los individuos y ser antecedentes a la sobreingesta tales como cansancio y ansiedad. Estos autores encontraron en un estudio que la desinhibición por la comida y los antojos por ciertos alimentos son las respuestas conductuales más frecuentes frente a situaciones emocionales en personas sedentarias, coincidiendo con la evidencia empírica que señala que las personas con obesidad son más vulnerables a la ingesta emocional.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Según Caballo (1997) la conducta socialmente habilidosa es una conducta emitida en un contexto de interacción interpersonal en el cual se expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo, de modo adecuado a la situación, manifestando respeto por los demás y solucionando problemas actuales a la vez que se minimiza la probabilidad de problemas futuros. El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) está enfocado en incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida (Goldsmith y McFall, 1975).

El sobrepeso es una característica percibida como estigmatizante y coloca a quien la sufre en una situación de vulnerabilidad que puede ser factor clave en el desarrollo de trastornos alimenticios, depresión, ansiedad y otros problemas de salud física y psicológica (Wardle y Cooke, 2005). Dierk et al. (2006) comentan que para que el paciente logre superar estos problemas es necesario que ponga en práctica sus habilidades sociales y cuente con una adecuada red de apoyo. Sin embargo, se ha observado que las situaciones de estigma dificultan a los pacientes con obesidad el desarrollo de redes de apoyo, por lo que es importante proveerles herramientas que puedan ayudarles a generar relaciones interpersonales significativas (Miller, Rothblum, Barabour, Brand y Felicio, 1990).

Terapia Cognitiva

Desarrollada por Aaron Beck en los años 60 (Beck, 2005), postula que las interpretaciones negativas de eventos tanto internos como externos pueden llevar a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Los “errores” de interpretación o distorsiones cognitivas pueden reforzar creencias disfuncionales que tiene el sujeto e incrementar la vulnerabilidad hacia trastornos del estado de ánimo o de conducta. La premisa de la terapia cognitiva es que lo que una persona piensa sobre sí mismo o cierto evento tiene un impacto directo sobre sus emociones y su conducta; así pues, las cogniciones influyen en la conducta, las cog-

niciones pueden cambiarse y al cambiarse éstas pueden modificar la conducta (Dobson y Dozois, 2001).

Los pacientes con obesidad tienden a presentar esquemas desadaptativos, creencias disfuncionales relacionadas con imagen corporal, ánimo deprimido, metas de peso irreales, rol desproporcionado de su peso y figura en autoevaluación así como creencias desadaptativas sobre el control de su alimentación. Si se logra modificar estos esquemas disfuncionales, se puede promover el mantenimiento de patrones de alimentación más saludables y reducir recaídas después de perder peso (Werrij et al., 2009). El objetivo de la terapia cognitiva enfocada al tratamiento de la obesidad es identificar, poner a prueba y reestructurar pensamientos disfuncionales relacionados con el peso, el control de los alimentos, la figura, etc. Al agregar la terapia cognitiva a un programa de dieta y ejercicio se mantiene la pérdida de peso y hay menor tasa de recaídas (Werrij et al., 2009). Se ha descrito que una de las distorsiones cognitivas más encontradas en pacientes con obesidad es el pensamiento del tipo “todo- nada” sobre todo en lo relacionado con éxito o fracaso del tratamiento, por lo que es importante identificar y reestructurar las expectativas que tenga y las interpretaciones sobre el progreso a lo largo del tratamiento (Fabricatore, 2007b).

Actualmente existen programas específicos que incluyen técnicas cognitivas enfocadas a la pérdida y mantenimiento de peso como es el caso de “*Beck Diet Solution*”, un programa creado por la Dra. Judith Beck (2008) que enseña a los pacientes a identificar y modificar “pensamientos saboteadores” tales como “es tan delicioso que debo aprovechar,” “el lunes empiezo la dieta, mientras comeré esto,” “por más esfuerzo que haga no logro bajar;” les enseña a generar pensamientos alternativos más adaptativos para seguir un plan de alimentación sin generar malestar emocional.

Aceptación y Compromiso

Forma parte de la tercera generación de terapias y se diferencia en que el enfoque no está en cambiar pensamientos y emociones, sino en aceptarlas y

realizar conductas acorde a estos pensamientos. En un estudio (Forman et al., 2010) se comparó el efecto en pérdida de peso de la terapia de aceptación y compromiso contra terapia cognitivo conductual convencional. Se encontró que el grupo de aceptación y compromiso perdió el 13.6% del peso, mientras que el grupo de terapia cognitivo conductual convencional, 9.8% del peso.

En esta técnica se enseña al paciente a aceptar (y tolerar) estados internos como antojos, hambre, cansancio por ejercicio y emociones negativas, estados que afectan el cambio de conducta de estos pacientes. La premisa es que una persona puede tolerar situaciones que le generan malestar, siempre y cuando esté comprometido con metas que justifiquen ese malestar (Forman, Butryn, Hoffman y Herbert, 2009). En esta técnica se identifican metas de vida y se compromete al paciente con conductas que sean acordes a ésta (Neimeier, Leahey, Palm-Reed, Brown y Wing, 2012).

Se han descrito algunos argumentos que justifican el uso de esta técnica en el tratamiento de la obesidad; el ambiente obesigénico, es decir, la alta disponibilidad de alimentos con densidad energética elevada que resulta en una “urgencia” por querer comerlos (Forman y Herbert, 2009). Aun existiendo restricción alimentaria, es muy fácil que las personas regresen a sus hábitos anteriores dificultando el mantenimiento del peso a largo plazo, por lo que se necesita un compromiso con estas conductas a largo plazo (Williams et al., 1996). Para un adecuado control de peso se requiere tolerar ciertas situaciones como antojos, presión social, hambre, restricción, aburrimiento, etc. (Byrne, Cooper y Fairburn, 2003). En el sentido que logren tolerar estas sensaciones, en lugar de intentar disminuirlas, varían las respuestas del individuo. Se enseña al paciente a tolerarlas como una opción contra la obesidad (Forman et al., 2009) “no puedo comer todo lo que quiera y ser delgado, debo escoger,” en este sentido el paciente aceptaría este malestar pues está comprometido con su meta, mantener un peso saludable.

Mindfulness

La técnica *Mindfulness* o conciencia plena, como se le refiere en español, se integra dentro de las terapias de tercera generación, las cuales buscan la aceptación de las emociones, cogniciones y sensaciones y no su modificación (Baer, 2006). Cabe destacar la definición que Vallejo (2006) ha dado a esta técnica de la cual dice “puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Los términos atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto.” En cuanto a sus componentes, Bishop et al. (2002) mencionan que es el desarrollo de la conciencia curiosa, abierta y de total aceptación del momento presente.

Existe un interés creciente por esta terapia en el ámbito del tratamiento para diferentes patologías. En el tratamiento para la obesidad se ha demostrado su efectividad para la pérdida de peso a corto plazo y en el tratamiento de desórdenes de la alimentación (Cooper, 2010), así como en el tratamiento del trastorno por atracón (Vocks et al., 2010); en este contexto, el *mindfulness* funciona mediante el incremento de la conciencia de las emociones y señales internas, las cuales al pasar desapercibidas pueden despertar conductas automáticas, tales como la ingesta de alimentos (Boudette, 2011; Kristeller y Wolever, 2011). Al desarrollar la conciencia de los pacientes para lograr total entendimiento de sus pensamientos, emociones y sensaciones, es decir, vivir de manera conciente el momento presente, se logra incrementar la tolerancia a la frustración, reduciendo la impulsividad en la ingesta y el consumo de alimentos ocasionado por estímulos internos diferentes al hambre (Caldwell, Baime y Wolever, 2012). Otras ganancias han sido reportadas por distintos autores, tales como la capacidad del individuo de diferenciar la sensación de hambre de otro tipo de sensaciones;

incrementar su percepción de satisfacción; mejorar su actitud ante la práctica del ejercicio (Wolever y Best, 2009); así como reducir las emociones negativas, el juicio crítico hacia ellos mismos y por ende la sobreingesta vinculada a éstos (Gongora, Derksen y Van Der Staak, 2004).

La obesidad desde la Medicina Conductual

Desde los años 60's analistas de la conducta han estudiado la relación entre ambiente y conducta aplicado a los temas relacionados con el peso (Ferster, Nunberger y Levitt, 1962). Estos autores afirman que los aprendizajes que han llevado a un paciente a desarrollar esta enfermedad pueden ser modificados con la finalidad de sustituirlos por otros nuevos que le permitan mejorar el control de su peso. También se busca a través de estas intervenciones modificar el ambiente en el que se encuentra inserto el individuo con la finalidad de incrementar la probabilidad de que realice los nuevos comportamientos aprendidos (Wing, 1998; Wadden, Crerand y Brock, 2005). Tomando como base estas aseveraciones y la tasa de incremento de la obesidad a nivel mundial es que se justifica la necesidad de diseñar intervenciones conductuales que puedan generar pérdidas de peso sostenidas. Autores como Tamly (2009); Johnston, Tayler y Foreyt (2007); Fabricatore (2006) y Dorsten y Lindley (2008) han realizado propuestas específicas de intervención conductual con y sin componentes cognitivos con esta finalidad. Ha quedado claro que uno de los objetivos principales de estas intervenciones es la pérdida de peso, sin embargo, no es el único objetivo que se persigue al implementar estas técnicas ya que los criterios de éxito se han ido modificando en el sentido de buscar que el nuevo repertorio de conductas del paciente favorezca su estado general de salud y no sólo promueva la pérdida de peso (Brownell y Wadden, 1992).

En una revisión sistemática realizada por Leblanc, O'connor, Withlock, Patnode y Kapka (2011) para la *US Preventive Services Task Force* se analizaron los datos obtenidos de 58 estudios

que aplicaron distintos tratamientos accesibles a los centros de atención primaria. Los resultados arrojados indicaron que las intervenciones conductuales ofrecieron una pérdida de peso de entre 9 y 15 lbs. contra ninguna pérdida o pérdidas no significativas en los grupos control. En los estudios en los que se les ofreció a los pacientes una intervención conductual intensiva con el medicamento Orlistat se encontró que la pérdida de peso fue de 11 a 22 lbs. contra 7 a 13 lbs. en los grupos placebo. Otros efectos observados de estas intervenciones son la disminución de incidencia en diabetes en un 50%, disminución de 5.4 mg/dL, reducción de 2 a 5 mm Hg en presión diastólica y sistólica y reducción de entre 4.1 y 1.4 cms de circunferencia en cintura. Estos datos demuestran la efectividad de los tratamientos conductuales con y sin medicamento, ya que la modificación observada en los marcadores biológicos contemplados en la investigación son de relevancia para la salud de las personas.

La evidencia empírica provista por este tipo de investigaciones en cuanto a la efectividad de los tratamientos conductuales ha servido para integrar los tratamientos que ofrecen distintas asociaciones e instituciones de prestigio. Tal es el caso de la Sociedad de Medicina Conductual (2013 [SBM por sus siglas en inglés]), la cual cuenta con un grupo de interés especial para la obesidad y los trastornos de alimentación enfocada en formar terapeutas interesados en las patologías vinculadas a la ingesta, competentes en su tratamiento y capacitados científicamente para la elaboración de investigaciones que favorezcan el área.

Asimismo, la SBM presentó recientemente una declaración sobre obesidad infantil en la cual la denomina como un reto para la salud pública para cuyo tratamiento es necesaria la aprobación de políticas públicas basadas en la evidencia y vigiladas para unificar su calidad y modo de implementación (Fitzgibbon, Hayman y Haire-Joshu, 2008).

Otra institución de prestigio que cuenta con programas para el tratamiento de la obesidad

desde la medicina conductual, es el programa de medicina conductual para la obesidad del hospital *Johns Hopkins Bayview Medical Center* bajo la dirección de la doctora en psicología Janelle W. Coughlin, el cual actualmente ofrece evaluación y tratamiento conductual a personas con sobrepeso y obesidad mayores de 18 años, en modalidad grupal e individual, así como programas de mantenimiento para la prevención de recaídas. El trabajo que realizan en esta institución se ofrece a pacientes obesos no quirúrgicos y candidatos a cirugía bariátrica, en cuyo caso se realiza la evaluación y preparación pertinente para dicho procedimiento. En México, existen varios grupos de trabajo dedicados a tratar pacientes con obesidad, así como académicos que han desarrollado trabajos de investigación en este campo bajo enfoques psicológicos y campos de conocimiento muy diversos. Pueden mencionarse los trabajos de Gómez Pérez-Mitre et al. (2006) sobre obesidad en población universitaria, su prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo y de Morin (2008) sobre obesidad y satisfacción sexual. En cuanto a los trabajos de investigación realizados desde la medicina conductual es posible referir la tesis de maestría de Sierra-Murguía (2012) realizada como parte del programa de posgrado en psicología con residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital General Dr. Manuel Gea González, institución en la cual se sigue el modelo de medicina conductual en el tratamiento de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica de la clínica de obesidad de dicha institución, del 2011 a la fecha. Actualmente en esta institución se desarrollan investigaciones enfocadas a describir la conducta alimentaria de las personas mexicanas con obesidad, las variables psicológicas y psiquiátricas presentes en las personas obesas que desertan al tratamiento una vez que lo han iniciado y el papel de la familia en el éxito de éste. Se observa que a pesar de las altas tasas de obesidad en México el área ha sido poco explorada

por los investigadores nacionales, razón por la cual será importante establecer líneas de investigación que puedan impactar de manera directa la prevalencia creciente de pacientes con obesidad en México.

Conclusiones

La obesidad es una enfermedad crónica que representa actualmente una epidemia mundial y que afecta la salud física y psicológica de quien la padece. Existe documentación acerca de diversas patologías psicológicas y psiquiátricas frecuentes en pacientes con obesidad para cuyo tratamiento el enfoque cognitivo-conductual es el más aceptado debido a la evidencia empírica de su efectividad para la modificación de las conductas que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad. En este sentido, la medicina conductual ha desarrollado estudios enfocados en el tratamiento de la obesidad y se han creado centros de tratamiento especialmente en Estados Unidos siguiendo este modelo, sin embargo, en México hay poca referencia de su aplicación en la obesidad y representa por lo tanto un área de oportunidad para los especialistas en el área.

REFERENCIAS

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. y Fernández-Santaella, M.; (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 20 (2), 161- 167.
- Akbarbartoorn, M., Lean, M. y Hankey, C. (2005). Relationships between cigarette smoking, body size and body shape. *International Journal of Obesity*, 29(2), 236-43.
- Alger-Mayer, S., Rosati, C., Polimeni, M. y Malone, M. (2009). Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 19, 139-45.

- Allison, D., Newcomer, J., Dunn, A., Blumenthal, J., Fabricatore, A., Daumit, G., Cope, M.B., Riley, W.T., Vreeland, B., Hibbeln, J.R. y Alpert, J.E. (2009). Obesity among those with mental disorders: A National Institute of Mental Health meeting report. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4), 341-350.
- Apolone, G., De Carli, G., Brunetti, M. y Garattini, S. (2001). Health-related quality of life (HR-QOL) and regulatory issues. An assessment of the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMA) recommendations on the use of HR-QOL measures in drug approval. *Pharmacoeconomics*, 19(2), 187-195.
- Bagby, R.M., Ryder, A., Schuller, D. y Marshall, M. (2004). The Hamilton Depression Scale: has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2163- 2177.
- Baer, R., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. y Toney, I. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bean, M., Stewart, K. y Olbrisch, M. (2008). Obesity in America: Implications for clinical health psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 15, 214-224.
- Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year perspective. *Archives General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988a). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988b). Psychometric properties of Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77- 100.
- Beck, J. (2008) *The Complete Beck Diet for Life: The Five-Stage Program for Permanent Weight Loss*. New York: Oxmoor House.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 35-43.
- Boudette, R. (2011). Integrating mindfulness into the therapy hour. *Eating disorders*, 19, 108-115.
- Brownell, K. y Wadden, T. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505-517.
- Burke, M.A., Heiland, F.W. y Nadler, C.M. (2010). From “overweight” to “about right”: evidence of a generational shift in body weight norms. *Obesity*, 18(6), 1226.
- Butryn, M.L., Phelan, S., Hill, J.O. y Wing, R.R. (2007). Consistent self-monitoring of weight: A key component of successful weight loss maintenance. *Obesity*, 15, 3091-3096.
- Byrne, S. M., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: A qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27, 955-962.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
- Caldwell, K., Baine, M. y Wolever, R. (2012). Mindfulness Based Approaches to Obesity and Weight Loss Maintenance. *Journal of Mental Health Counseling*, 34, 3.
- Cohen, J., Edmunds, J., Brodman, D., Benjamin, C. y Kendall, P. (2012). Using Self-Monitoring: Implementation of Collaborative Empiricism in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.06.002>

- Cooper, Z., Doll, H., Hawker, D., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E. y Fairburn, C. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow up. *Behavior Research and Therapy*, 48, 706-713.
- Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (2001). A new cognitive-behavioral approach to the treatment of obesity. *Behavior Research Therapy*, 39, 499-511.
- D’Zurilla, T.J. y Godfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dale, O. y Hagen, K. B. (2007). Despite technical problems personal digital assistants outperform pen and paper when collecting patient diary data. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 8-17.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Molinari, E., Petroni, M.L., Bondi, M., Compare, A., Marchesini, G., y the QUOVADIS Study Group (2005). Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study. *Obesity Research*, 13, 1961-1969.
- de Zwaan, M. (2001) Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(1), 51-55.
- de Zwaan, M., Roeriq, D.B., Crosby, R.D., Karaz, S. y Mitchell, J.E. (2006). Nighttime eating: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 224 -232.
- Dicker, S. y Wilcoxon, C. (2004) Appetite-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of binge eating with purging. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 213-221.
- Dierk, J., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J. y Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 219-227.
- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C., Dunner, D.L. y Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K.S. y Dozois, D.J.A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. En: Dobson, K.S., ed. *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press: 3-39.
- Dorsten, B. y Lindley, E. (2008). Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment for Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 37, 905-922.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Fabricatore, A.N. & Wadden, T.A. (2006). Obesity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 357-377.
- Fabricatore, A., Wadden, T., Womble, L., Sarwer, D., Berkowitz, R., Foster, G. y Brock, J. (2007a). The role of patients’ expectations and goals in the behavioral and pharmacological treatment of obesity. *International Journal of Obesity*, 31, 1739-1745.
- Fabricatore, A. (2007b). Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy of Obesity: Is There a Difference? *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 92-99.
- Ferster, C., Nurnberger, J. y Levitt, E. (1962). The control of eating. *Journal of Mathematics*, 1, 87-109.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

- Fitzgibbon, M., Hayman, L. y Haire-Joshu D. (2008). *Childhood obesity: can policy changes affect this epidemic?* Society of Behavioral Medicine. Recuperado de: http://www.sbm.org/policy/childhood_obesity.asp
- Fomento de Nutrición y Salud (2002). *Obesidad. Artículos de orientación*. Recuperado de: <http://www.fns.org.mx/index.php?Mostrar=Script&Script=articulos&IdArticulo-Bis=9&IdContenido=74>
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L. y Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavior Practice, 16*, 223–235.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Shaw, J. A., Glassman, L. H., Clark, V. L., Belmont, A., y Herbert, J. D. (2010). *Preliminary outcomes from the Mind Your Health project: A randomized controlled trial comparing standard behavioral and acceptance-based behavioral interventions for obesity*. Paper presented at the 44th Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA.
- Fundación Mexicana para la Salud. (2008). *Factores asociados al sobrepeso y la obesidad en el ambiente escolar*. México: FUNSALUD.
- García-García, E. (2010). Tratamiento del paciente obeso: el paradigma actual. En E. García-García, M. Kaufer-Horwitz y P. Arroyo (Eds.). *La Obesidad, Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp. 173-178). México: Editorial Médica Panamericana.
- García García, E. y Vázquez-Velázquez, V. (2010) La necesidad de un diagnóstico integral para el tratamiento adecuado de la obesidad. En: E. García-García, M. Kaufer-Horwitz y P. Arroyo (Eds.). *La Obesidad, Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp.179- 189); México: Editorial Médica Panamericana.
- Garduño-Pérez, A.A. y García-García, E. (2010). Las comorbilidades de la obesidad. En E. García-García, M. Kaufer-Horwitz y P. Arroyo (Eds.), *La Obesidad: Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp. 159). México: Editorial Médica Panamericana.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odesa Psychological Assessment Resources.
- Goldsmith, J. y McFall, R., (1975). Development and evaluation of an interpersonal skill-training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 51-58.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria: Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimentarios*. Proyecto PAPIT IN305599 UNAM, Proyecto CONACYT 34507H. México.
- Gómez Pérez-Mitré G., Mancilla D. (eds). (2006). *Trastornos alimentarios en hispanoamérica*. México: Manual Moderno.
- Gongora, V., Derksen, J. y Van Der Staak C., (2004). The role of specific core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 297-303.
- Greenberg, I., Smith, K., y Rockart, E. (2004). Behavioral Health evaluations in Bariatric Surgery. *Nutrition in Clinical Care, 7* (1), 5-11.
- Greenberg, I., Sogg, S. y Perna, F. (2009). Behavioral and psychological care in weight loss surgery: Best practice update. *Obesity, 17*, 880-884.
- Guerdikova, A., West-Smith, L., McElroy, S., Sonnanstine, T., Stanford, K. y Keck, P. (2007). Emotional eating and emotional eating alternatives in subjects undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery, 17*, 1091- 1096.
- Gutiérrez, M. (2005). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura, 2*, 55-60.

- Haedt-Matt, A. y Keel, P. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137 (4), 660–681.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 3, 76-79.
- Hayden, M., Dixon, J., Dixon, M., Shea, T. y O'Brien, P. (2010). Characterization of the improvement of depressive symptoms following bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 8-12.
- Heinze, M. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 5.0.0 DSM-IV*. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Jacobs, G. (2001). Clinical Applications of the Relaxation Response and Mind-Body Interventions. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, S-93-S-101.
- Jacobson, E. (1939). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jarrett, R. B., y Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, 18, 227–241.
- Johnston, C.A., Tayler, C. y Foreyt, J.P. (2007). Behavioral Management of Obesity. *Current Atherosclerosis Reports*, 9(6), 448-453.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kalarchian, M.A., Marcus, M.D. y Levine, M.D.; (2007). Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 328-335.
- Kanfer, F. H. (1980). Self-management methods. En Kanfer F. H. y Goldstein A. P. (Eds.), *Helping people change* (2nd ed., pp. 334-389). New York, NY: Pergamon Press.
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjostrom, L. y Sullivan, M. (2007) Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(8), 1248-1261.
- Kazdin, A. (1994). *Modificación de la Conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kessler, R., Chui, W., Demler, O., y Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617–627.
- Kinder, B., Walfish, S., Young, S. y Fairweather, A. (2008). MMPI-2 Profiles of Bariatric Surgery Patients: A Replication and Extension. *Obesity Surgery*, 18, 1170- 1179.
- Kinzl, J., Trefalt, E., Fiala, M. y Biebl, W. (2002). Psychotherapeutic treatment of morbidly obese patients after gastric banding. *Obesity Surgery*, 12, 292-4.
- Kristeller, J.L. y Wolever, R.Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19, 49-61.
- Leblanc, E., O'Connor, E., Whitlock, E., Patnode, C. y Kapka, T. (2011). Effectiveness of Primary Care-Relevant Treatment for Obesity in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 155, 434-447.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255–286.

- LeMont, D., Moorehead, M., Parish, M., Reto, C. y Ritz, S. (2004). *Suggestions for the Pre-surgical Psychological Assessment of Bariatric Surgery Patients*. American Society for Bariatric and Metabolic Surgery.
- Lewinsohn, P. (1974). A behavioral approach to depression. En Friedman, R. y Katz, M. (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–176). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261–268.
- Lichtman, S.W., Edmunds, J., Brodman, D., Benjamin, C., Kendall, H., Offenbacher, E., Weisel, H., Heshka, S., Matthews, D.E. y Heymsfield, S.B. (1992). Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *New England Journal of Medicine, 327*, 1893-1898.
- Luppino, F., de Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., y Zitman, F. (2010). Overweight, obesity and depression, a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67* (3), 220-229.
- MacPhillamy, D. J., y Lewinsohn, P. M. (1972). The measurement of reinforcing events. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association, 7*, 399–400.
- Mannucci, E., Petroni, M., Villanova, M., Rotella, C., Apolone, G. y Marchesini, G. (2010). Clinical and Psychological outcomes of health related quality of life in obese patients. *Health and quality of life outcomes, 8*, 90.
- Marlatt, G. & Gordon, J., (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Masheb, R. y Grilo, C. (2008). Examination of predictors and moderators for self-help treatments of binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (5), 900–904.
- Miller, C., Rothblum, E., Barbour, L., Brand, P. y Felicio, D. (1990). Social interactions of obese and non-obese women. *Journal of Personality, 58*, 365– 80.
- Morin Zaragoza, R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Revista de trabajo social, 18*, 4-13.
- Moore, S.E., Harris, C. y Wimberly, Y. (2010). Perception of weight and threat to health. *Journal of the National Medical Association, 102* (2), 119-124.
- Mynors-Wallis, L. (2001). Problem-solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 7*, 417- 425.
- Neimeier, H., Leahey, T., Palm-Reed, K., Brown, R. y Wing, R. (2012). An acceptance- based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior Therapy, 43* (2), 427- 435.
- O'Donnell, W. y Warren, W. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria*. México: Manual Moderno.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. y Sepúlveda-Amor, J., (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y Sobrepeso* (Nota descriptiva No. 311). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Pagoto, S., Bodenlos, J., Kantor, L., Gitkind, M., Curtin, C. y Ma, Y. (2007). Association of major depression and binge eating disorder with weight loss in a clinical setting. *Obesity, 15* (11), 2557–2559.

- Pagoto, S., Bodenlos, J., Schneider, K., Olendzki, B., Spates, R. y Ma, Y. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy theory, research, practice, training*, 45 (3), 410- 415.
- Pagoto, S., Schneider, K., Appelhans, B., Curtin, C. y Hajduk, L (2011). Psychological Comorbidities of Obesity. *Psychological Comorbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective*, XI. 1-72.
- Pardo, A., Ruiz, M., Jódar, E., Garrido, J., DeRosendo, J. y Usán, L. (2004). Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 19(2), 99- 109.
- Peterson, R., Latendresse, S., Bartholome, L., Warren, C., y Raymond, N. (2012). Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *Journal of Obesity*, Article ID 407103.
- Petry, N., Barry, D., Pietrzak, R. y Wagner, J. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70 (3), 288-297.
- Pi-Sunyer, F.X. (2003). Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. *Obesity*, 4, 32.
- Post, R., Mainous, A., Gregorie, S., Knoll, M., Diaz, V. y Saxena, S. (2011). The Influence of Physician Acknowledgment of Patients' Weight Status on Patient Perceptions of Overweight and Obesity in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 171 (4), 316- 321.
- Potti, S., Milli, M., Jeronis, S., Gaughan, J. y Rose, M. (2009). Self perceptions of body size in women at an inner-city family-planning clinic. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 65: 68.
- Puhl, R.M. y Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14, 1802–1815.
- Puhl, R.M. y Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17, 941–964.
- Puhl, R.M. y Heuer, C.A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100, 1019-1028.
- Rankinen, T., Perusse, I., Weisnagel, S., Snyder, E., Chagnon, Y. y Bouchard, C. (2002). The human obesity gene map: the 2001 update. *Obesity Research*, 10, 196-243.
- Rivera, J., Muñoz, O., Rosas, M., Aguilar, C., Willett, W. y Popkin, B. (2006). *Desarrollo e implementación de las recomendaciones sobre el consumo de bebidas para una vida saludable*. México: INSP.
- Riveros Rosas, A., Sánchez Sosa, J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: Manual Moderno.
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A.
- Sánchez, J. y Pontes, T. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (6), 2148-2150.
- Schultz, J. H. (1931). *Das autogene Training* (Konzentrativer Selbstenspannung). Stuttgart: Verlag.
- Sheehan, D. V. y Lecrubier, Y. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview*: versión en español 5.0.0. Manuscrito no publicado.

- Sierra-Murguía, M. (2012). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes bariátricos*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sierra-Murguía, M., Vite-Sierra, A., Ramos-Barragán, V., López-Hernández, J., Rojano-Rodríguez, M. y Torres-Tamayo, M. (2012). Psychosocial profile of bariatric surgery candidates and the correlation between obesity level and psychological variables. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 405-414.
- Simon, G., von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D., Crane, P., van Belle, G. y Kessler, R.C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63, 824-30.
- Society of Behavioral Medicine (2013). *Obesity and eating disorders*. Recuperado de: <http://www.sbm.org/about/special-interest-groups/obesity-and-eating-disorders>
- Sogg, S. y Mori, D. (2004). The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. *Obesity Surgery*, 14, 370-380.
- Spielberger, C. y Díaz Guerrero, R. (2008). *Inventario de ansiedad rasgo/estado*. México: Manual Moderno.
- Strine, T., Mokdad, A., Dube, S., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Berry, J.T. Manderscheid, R. y Kroenke, K. (2008). The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *General Hospital Psychiatry*, 30 (2), 127-137.
- Stunkard, A. (2011). Eating Disorders and obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 765-771.
- Tafoya Ramos, S., Gómez Pérezmitré, G., Ortega Soto, H. y Ortiz León, S. (2006). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 15 (3), 82-87.
- Tamlyn, A. (2009). Examination of the Obesity Epidemic from a Behavioral Perspective. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (1), 141-158.
- Tee, J., y Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 47-61.
- Unikel Santoncini, C., Bojorquez Chapela, I., Carreño García, S. y Caballero Romo, A. (2006). Validación del Eating Disorder Inventory en una muestra de mujeres mexicanas con trastorno de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 29 (2), 44-41.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Van Dorsten, B. y Lindley, E. (2008). Cognitive and Behavioral approaches in the treatment of obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 37, 905-922.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S., Kersting, A. y Herpetz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Binge Eating Disorders*, 43, 205-217.
- Wadden, T., Crerand, C. y Brock, J. (2005). Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 151-170.
- Wadden, T. y Foster, D. (2006). Weight and Lifestyle Inventory (WALI). *Obesity*, 14 (2), 99-118.
- Wadden, T. y Phelan, S. (2004). Behavioral Assessment of the obese patient. *Handbook of Obesity Treatment*.

- Wardle, J. y Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19, 421–40.
- Weiner, S., Sauerland, S., Fein, M., Blanco, R., Pomhoff, I. y Weiner, R. (2005). The Bariatric Quality of Life (BQL) Index: A Measure of Well-being in Obesity Surgery Patients. *Obesity Surgery*, 15, 538-545.
- Werrij, M., Jansen, A., Mulkens, S., Elgersma, H., Ament, A. y Hospers, H. (2009) Adding Cognitive Therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315-324.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., y Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 115–126.
- Wing, R. (1998). Behavioral Approaches to the Treatment of Obesity. En G.A. Bray, C. Bouchard, W.P.T. Jampes (Eds.). *Handbook of Obesity* (855-873). New York: Marcel Dekker.
- Wing, R. y Greeno C. (1994). Behavioural and psychosocial aspects of obesity and its treatment. *Balliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 8 (3), 689–703.
- Wing, R., Tate, D., Reynor, H. y Fava, J. (2006). A self-regulation program for maintenance of weight loss. *New England Journal of Medicine*, 355, 1563-1571.
- Wolever, R. y Best, J. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. En F. Didonna & J. Kabat-Zinn (Eds.). *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 259-287). New York, NY: Springer Science+Business Media.
- Wolf, A.M., Falcone A.R., Kortner, B. & Kuhlmann, H.W. (2000) BAROS: an effective system to evaluate the results of patients after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 10, 445-450.
- Zvolensky, M., Arrindell, W., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B., Stewart, S., Sandin, B., Jurado, S. y Eifert, G. (2003) Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841-859.

(página en blanco)

CAPÍTULO 12

Tratamiento psicológico del asma en el campo de la Medicina Conductual

Centli Guillén Díaz-Barriga e Isaías Vicente Lugo-González

Descripción general de la enfermedad

El asma es una enfermedad respiratoria crónica multi-causal caracterizada por un proceso inflamatorio de la vía aérea y por datos de obstrucción del flujo aéreo en la función pulmonar. La inflamación hace a la vía aérea hipersensible a diferentes estímulos, dando lugar a la hiperreactividad. Cuando la vía aérea se expone a alguno de estos estímulos se inflama, se contrae la musculatura y se llena de moco. Es característico de esta enfermedad que los pacientes presenten sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada (Regalado y Vargas, 2005).

En el año 2012 se reportaron en México un total de 328,023 casos nuevos de asma y estado asmático, ubicando así este padecimiento en el quinto lugar dentro de las 20 principales enfermedades no transmisibles que requirieron atención médica en los servicios de salud de México, tan solo un lugar por debajo de la diabetes mellitus tipo 2. Siendo la Secretaría de Salud la institución con mayor número de notificaciones, reportando el 37.8% del total de casos en el país (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, 2012).

Aspectos conductuales y psicológicos del Asma

Es hasta cierto grado de dominio popular que el asma es una enfermedad en donde los factores emocionales juegan un papel importante en desencadenar los

síntomas, o incluso en algunos casos sugieren erróneamente que el asma es una enfermedad que encuentra sus causas en la psique del paciente.

En el caso de este padecimiento lo que se puede aseverar sin errores, ya que se cuenta con suficiente evidencia, que los factores conductuales juegan un papel protagónico, ya sea para favorecer la aparición de síntomas y el descontrol en la enfermedad, la adaptación, el auto-manejo y la adhesión al tratamiento médico.

Todas estas consideraciones las abordaremos en el siguiente apartado de investigaciones psicológicas, sin embargo en el caso de esta enfermedad y su relación con el comportamiento se pueden indicar de manera particular las siguientes consideraciones:

- En pacientes asmáticos se han reportado niveles más elevados de ansiedad y depresión que en la población general (Goodwin, Fergusson y Horwood, 2004; Opolski y Wilson, 2005; Di Marco et al., 2010).
- Cuando los pacientes tienen un nivel elevado de ansiedad y depresión es más probable que presenten descontrol de la enfermedad y visiten la sala de urgencias con mayor frecuencia. (Ritz & Steptoe, 2000; Di Marco et al, 2010).
- Los ataques asmáticos comparten sintomatología con los ataques de ansiedad: falta de aire, opresión torácica, sensación de perder el control, miedo a experimentar otra

crisis, tos, taquicardia, etcétera. Por lo que en ocasiones los pacientes comienzan a confundir entre las dos situaciones (Lehrer, Song, Feldman, Giardino y Schmaling, 2002).

- Los pacientes asmáticos que visitan la sala de urgencias con frecuencia debido a crisis asmáticas, reportan mayores niveles de depresión y ansiedad en comparación con pacientes que visitan urgencias con menor frecuencia (Greaves, Eiser, Seamark y Halpin., 2002).

Los puntos anteriores podrían no representar ninguna sorpresa al estar hablando de las afectaciones emocionales ya que se trata de una enfermedad crónica. De manera muy concreta podemos señalar que la relación entre asma y aspectos psicológicos se da de dos maneras: 1) Como resultado de las dificultades en el ajuste al padecimiento y 2) al ser una barrera para un adecuado control del padecimiento.

Intervenciones psicológicas

Farmacológicamente el asma se trata con dos tipos de medicamentos: los llamados controladores (antiinflamatorios) y los medicamentos de rescate o de uso urgente para las crisis asmáticas (esteroides). Sin embargo, el control de la enfermedad se favorece a través de cambios conductuales.

En la guía internacional publicada por la *Global Initiative for Asthma* (GINA, 2011) señalan que el paciente debe dotarse de una serie de comportamientos que favorezcan el evitar crisis, entre la lista de actividades que debe llevar a cabo se encuentran (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax [SMNYCT], 2005):

1. Aprender qué es el asma.
2. Saber reconocer los desencadenantes de una crisis o la exacerbación de sus síntomas.
3. Reconocer la exacerbación de los síntomas que pueden generar una crisis.
4. Saber operar de manera adecuada el flujómetro.
5. Realizar una interpretación adecuada del resultado del flujómetro.

6. Reconocimiento de medicamentos, modos de administración y objetivo de los mismos.
7. Contar con una técnica adecuada de inhalación de sus medicamentos.

Todas estas conductas favorecerán el control de la sintomatología, reducir la frecuencia y severidad de las exacerbaciones asmáticas, hospitalizaciones y controlar la obstrucción a las vías aéreas, dando por resultado una mejora en la calidad de vida del paciente (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI], 2007).

Al ser una amplia gama de conductas que se deben desarrollar y favorecer, han existido una variedad amplia de intervenciones que se han llevado a cabo desde lo pedagógico y lo psicológico, cada una con diversos resultados. Algunos de los objetivos que persiguen dichas intervenciones son favorecer la prevención de crisis asmáticas o disminuir la intensidad de las exacerbaciones, incrementar la sensación de control sobre la enfermedad, mejorar el estado emocional, mejorar la función pulmonar e impactar positivamente en la salud general y calidad de vida del paciente (DeGood, Crawford y Jongsma, 1999; Yorke, Fleming y Shuldham, 2007).

A continuación se nombrarán algunas de las técnicas psicológicas, ejemplos e investigaciones que se han empleado como auxiliares en el tratamiento del asma.

Auto-observación

La auto-observación es la técnica más empleada directa o indirectamente ya que las guías de tratamiento sugieren que al paciente debe enseñársele a monitorear sus síntomas, por lo que en la práctica médica, al menos en población mexicana, es común encontrar que el médico provee al paciente de un diario que le permitirá ir monitoreando sus síntomas. Sin embargo, esta técnica también es utilizada de una manera un tanto más sistematizada y a cargo de otros especialistas de la salud, y en muchas ocasiones se ve acompañada de otras técnicas.

Por citar un ejemplo, Kostas et al. (1995) diseñaron un programa educativo y de auto-cuidado, en el que se les dio un diario de síntomas a cada paciente, en el cual se les enseñó a registrar sus síntomas, el uso adecuado de los medicamentos; así como tomar en cuenta sus puntajes de calidad de vida, depresión, auto-eficacia y una lista de chequeo de problemas a los que se puede enfrentar el paciente asmático. Después de las sesiones, los integrantes del grupo control reportaron una disminución significativa en los síntomas y ataques de asma, mayores puntajes de auto-eficacia, incremento en su conocimiento de la enfermedad, disminución de la depresión y de la frecuencia de visitas al servicio de urgencias.

Intervenciones Educativas

Las intervenciones de corte educativo son bastante frecuentes. Por lo general, en ellas se le brinda al paciente una serie de conocimientos referentes a su enfermedad. Sin embargo, el efecto de las mismas pocas veces se ve traducido en cambios de conducta.

Ejemplo de una intervención longitudinal realizada por Marabini, Brugnami, Curradi y Siracusa (2005) y Marabini et al. (2002), en la cual contaban con una amplia población de pacientes asmáticos adultos, distribuidos en dos grupos de intervención: experimental y control. Las medidas que sirvieron de parámetro de comparación fueron los días sin sintomatología asmática, uso del medicamento de rescate, días de ausentismo laboral, gasto en medicamentos, calidad de vida y valores de la espirometría. La intervención consistió en brindar al grupo experimental educación sobre el asma, uso de medicamentos y signos de exacerbación de una crisis; los autores señalan que a corto plazo se identificaron cambios significativos en la calidad de vida, sin embargo, al evaluar las diferencias a dos años, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas en los dos grupos.

Por su parte Mancuso et al. (2010) diseñaron una intervención en la que se empleó un libro de 20 capítulos sobre el asma, sus cuidados y el uso de

medicamentos. Se contó con dos grupos de comparación, no encontrándose cambios significativos en calidad de vida, ni visitas al servicio de urgencias, que fueron las mediciones evaluadas para el control de la enfermedad.

Reestructuración Cognitiva

Es sabido que el comportamiento se ve influenciado por el pensamiento y viceversa. En rasgos generales, la reestructuración cognitiva aplicada en el área de la salud es utilizada para identificar aquellas creencias que tienen los pacientes sobre sí mismos y sobre la enfermedad y discutir tales ideas para poderlas modificar y lograr un cambio conductual que beneficie la adaptación a la enfermedad (Ellis y Abrahms, 1978).

Existen diversas aproximaciones para trabajar con la reestructuración cognitiva, desde la teoría cognitiva de Beck, la reestructuración cognitiva de Ellis, la terapia de valoración cognitiva de Wessler, la terapia centrada en esquemas de Young, etcétera (Caro, 2007). Sin embargo, en cuanto al tratamiento del asma y la reestructuración cognitiva, encontramos que la mayoría de los autores, parecen valerse de la herramienta de la escritura reflexiva para lograr cambios en el pensamiento y comportamiento. Un ejemplo es la intervención desarrollada por Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell (1999), en la que un grupo de pacientes con asma fueron divididos en dos (experimental y control). Los participantes del grupo experimental debían escribir acerca de lo que consideraran había sido la experiencia estresante de su vida. El ejercicio de escribir acerca del evento estresante se repitió durante cuatro sesiones, donde el paciente de manera anónima escribía y decidía que era lo que quería escribir. Las medidas para evaluar los cambios de la intervención fueron: función pulmonar antes y después de la intervención, encontrando en los resultados mejorías significativas en los valores de la función pulmonar de los pacientes que habían participado en la escritura reflexiva. Incluso cuatro meses después seguían existiendo cambios favorables en el grupo que se sometió a este tipo de ejercicio.

Los autores sostienen que el escribir acerca de los eventos que en el pasado les resultaron estresantes o traumáticos, se vieron modificados y tal vez se pudo facilitar que los pacientes mejoraran su manera de enfrentar los eventos estresantes actuales.

Otro ejemplo es la investigación realizada por Hockemeyer y Smyth (2002), quienes diseñaron una intervención donde a un grupo de universitarios que padecían asma se les dividió en un grupo experimental y uno control. Al grupo experimental se le proporcionó un manual con tres técnicas cognitivo-conductuales, el cual incluía ejercicios de: relajación, reestructuración cognitiva y escritura auto-reflexiva (expresión emocional). Por su parte el grupo control recibió un manual placebo que contenía aspectos educativos del asma, ejercicios para agilidad mental y un plan de organización de actividades. Entre los resultados más importantes que obtuvieron se señala que los participantes que contaron con el manual de expresión emocional reportaron mejorías significativas en sus pruebas de función pulmonar. Sin embargo, una limitante importante del estudio fue que participaron solo universitarios y todos tenían asma controlada al momento de la intervención.

Estrategias de relajación

Debido a que se ha encontrado que el estrés emocional puede precipitar o exacerbar los ataques asmáticos, se ha estudiado reiteradamente el uso de la relajación como técnica para el tratamiento de los síntomas asmáticos (Huntley, White y Ernst, 2002).

Las estrategias de relajación se incluyen como métodos mediante los cuales las personas con asma pueden tener control sobre las manifestaciones conductuales y fisiológicas de la enfermedad. En ellas, se incluyen diversas técnicas como son la relajación muscular progresiva, la relajación autógena, la imaginación guiada, la retroalimentación biológica, la hipnosis, etcétera (Lehrer, Hochron, Mayne, Isenberg, Carlson et al., 1994; Lehrer et al., 2002; Van Leishout y MacQueen, 2007; Chiang, Ma, Huang, Tseng y Hsueh, 2009). A continuación presentamos

una serie de investigaciones que aportan datos referentes a los beneficios que representa que los pacientes aprendan diversas técnicas de relajación.

Relajación Autógena

La relajación autógena es un estado de relajación que se alcanza gracias a una serie de sugerencias que hacen referencia a sensaciones de pesadez y calor en el cuerpo (Huntley, et al. 2002).

Siguiendo las directrices de dicha técnica, Henry et al. (1993) diseñaron un estudio donde 24 pacientes asmáticos que se encontraban clasificados como no controlados y con asma severa, fueron asignados al azar a un grupo de psicoterapia y a un grupo de entrenamiento en relajación autógena.

Al término del entrenamiento ambos grupos mejoraron sus puntajes capacidad pulmonar medidos a través de la prueba Volumen Espirado Máximo en el Primer Segundo de la Fracción de Espiración Forzada (FEV1), que es la cantidad de aire que se expulsa durante el primer segundo en espiración forzada y se mide como volumen en mililitros. Se considera normal si es mayor del 80% de su valor teórico (Salas, Almagro y Chapela, 2005; Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax [SMNYCT], 2005) en comparación a la línea base, sin embargo, sólo el grupo de relajación autógena tuvo cambios estadísticamente significativos.

Imaginación guiada

De manera particular, la imaginación guiada se centra en cómo la persona puede crear experiencias sensoriales internas, en ausencia de un estímulo externo que las genere (Johnsen y Lutgendorf, 2001) y en cómo estas experiencias pueden producir cambios fisiológicos (Epstein, Halper, Manhart, Birdsall, McGee et al., 2004). Se caracteriza por ser una estrategia de relajación basada en la visualización de imágenes y escenas con componentes auditivos, olfatorios, kinestésicos y propioceptivos (Overholser, 1991; Johnsen y Lutgendorf, 2001; Louie, 2004).

A continuación se describen algunas investigaciones que han empleado esta estrategia de intervención en pacientes asmáticos, así como los resultados que han obtenido.

Un primer estudio es el realizado por Peck, Bray y Kehle (2003). Se trató de una intervención con base en la imaginación guiada, con el objetivo de conocer el efecto de ésta sobre el estado físico y psicológico de cuatro estudiantes con asma, entre 12-13 años, (dos mujeres y dos hombres y con diferente nivel de severidad del padecimiento). Algunas de las evaluaciones fueron: uso de medicamentos y síntomas de asma diarios, FEV1 y ansiedad rasgo-estado (evaluada con el cuestionario STAIC), estas últimas llevadas a cabo antes y después del ejercicio; haciendo mención especial en no usar el medicamento que beneficia la función respiratoria antes del mismo. El tratamiento consistió en: 1) línea base; 2) cuatro semanas de intervención en imaginación guiada que incluía una sesión educativa sobre la biología y fisiología del asma. Se llevaban a cabo ejercicios usando un guión especial, cuatro veces a la semana con una duración de 20 minutos. El guión se desarrollaba de la siguiente manera: a) ejercicio general de relajación, b) guía de imágenes sobre aspectos saludables de los bronquios y pulmones, c) instrucciones en las que el paciente se visualiza realizando una actividad favorita sin que se presenten síntomas y d) visualización de una respiración colorida incorporando la vía aérea; 3) seguimiento durante cuatro semanas. Los resultados muestran un efecto positivo en la función pulmonar durante la intervención. La ansiedad disminuyó durante la intervención en tres de los estudiantes, aunque no de manera significativa, si de manera clínica. En cuanto a los síntomas de asma en dos pacientes se reportaron cambios significativos.

Por su parte Lahman et al. (2009) llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado-controlado en el que participaron 64 pacientes adultos con asma, con el objetivo de conocer la eficacia de una versión breve de relajación funcional (RF) e imaginación guiada (IG). Para llevar a cabo esta investigación se realiza-

ron cuatro grupos (RF n=16, IG n=16, RF más IG n=16 e intervención control= 16), en ellos se realizó la evaluación de la función pulmonar en tres tiempos (1) antes de iniciar la intervención, 2) al terminar la intervención y 3) cuatro meses después) y tuvo una duración de cuatro semanas en sesiones grupales de tres a cinco personas. Los resultados mostraron que el uso de la imaginación guiada ayudó a mejorar los valores de la función pulmonar en comparación al grupo control, cambio que se mantuvo a lo largo de toda la intervención y medidas post-intervención.

Retroalimentación biológica

Existen varios parámetros fisiológicos con los que se puede llevar a cabo una intervención con retroalimentación biológica. Entre las distintas técnicas se ha encontrado de utilidad el entrenamiento para incrementar la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Diversos autores indican que entre los beneficios de la retroalimentación biológica en pacientes asmáticos es que se produce una disminución en la resistencia respiratoria y se mejora la función pulmonar, lo que nos estaría hablando de que los pacientes se verían beneficiados en el control de su asma (Lehrer, Vaschillo, Vaschillo, Lu, Scardella et al., 2004; Lehrer, Vaschillo, Lu, Eckberg, Vaschillo et al., 2006).

Lehrer et al. (2004) diseñaron una intervención con el propósito de determinar si la retroalimentación de la variabilidad de la frecuencia cardíaca puede servir como un tratamiento no-farmacológico alternativo para el asma o como tratamiento complementario. Los participantes se dividieron en cuatro grupos: 1) Protocolo completo (retroalimentación y entrenamiento en respiración diafragmática); 2) Entrenamiento en retroalimentación; 3) Placebo con una técnica de retroalimentación de las ondas cerebrales (neurofeedback) y 4) grupo en lista de espera. Los participantes de los grupos 1, 2 y 3, recibieron en total 10 sesiones de entrenamiento. Durante la intervención los participantes eran monitoreados dos veces por semana por médicos utilizando las guías de tratamiento para decidir la dosis de medicación.

Los participantes llevaban un diario de síntomas de asma y medían su FEP (Flujo Espiratorio Pico, que es la cantidad máxima de aire por segundo que puede ser expulsada de los pulmones en forma forzada durante la primera parte de la espiración. Los valores normales dependen de la edad, altura y sexo de cada persona) por medio del flujómetro, que es un aparato portátil y sencillo que se utiliza para medir el FEP, en términos coloquiales se dice que es una especie de termómetro para medir la función de los pulmones (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 2005). El personal de salud suele enseñar su uso para que el paciente lo pueda utilizar dos veces por día. Se medía la función pulmonar por medio de espirometría antes y después de cada sesión de tratamiento, si estaban en la lista de espera se tomaba tres veces por semana aproximadamente. Los resultados de la investigación mostraron que los sujetos que participaron tanto en el grupo del protocolo de retroalimentación y respiración como en el de protocolo de entrenamiento en retroalimentación, se les prescribió menor cantidad de medicamentos, tuvieron mejoras en la severidad del asma. Además reportaron menor cantidad de sintomatología asmática, aunque no se reportaron mejoras en la función pulmonar obtenida en la espirometría.

Los autores concluyen que el entrenamiento en retroalimentación biológica puede beneficiar a los pacientes y ayuda a disminuir la dependencia a los medicamentos esteroideos.

Solución de problemas

En el caso de las intervenciones psicológicas para el control del asma la solución de problemas es una estrategia utilizada frecuentemente, aunque generalmente acompañada de otras. La utilidad de esta técnica cobra relevancia ya que va dirigida a objetivos específicos y se relacionan procesos cognitivos y conductuales, no automáticos (Hill-Briggs, 2003); así mismo, en el contexto clínico y de la salud es un componente principal en el auto-manejo de diferentes enfermedades crónicas y el

asma no es la excepción. La habilidad de solucionar problemas se ha considerado como un predictor de resultados positivos en el proceso salud-enfermedad y en alteraciones del estado de ánimo resultantes de condiciones de enfermedad crónicas (Elliot y Hurst, 2008).

Un ejemplo de la aplicación de esta estrategia con pacientes asmáticos es la desarrollada por Pernerger et al. (2002), quienes trabajaron con pacientes hospitalizados por crisis asmática. El programa de intervención consistió en tres sesiones: la primera con el objetivo de identificar desencadenantes asmáticos; en la segunda se trataron temas de inflamación y bronco-espasmo; y por último, un programa de auto-manejo en el que se empleó un manual basado en solución de problemas. El objetivo de utilizar dicho manual era anticipar situaciones, a las que se pueden ver enfrentados los pacientes asmáticos, así como algunas técnicas en relación y respiración.

Un ejemplo más es la intervención educativa y de solución de problemas realizada por Smith et al., (2007) con el objetivo de modificar los síntomas reportados por los pacientes, niveles de depresión y ansiedad, así como de calidad de vida. La intervención se vio asistida por un manual con información referente al asma y su manejo presentado en un formato para solucionar problemas, el cual era completado por el paciente durante seis visitas. En cada sesión el paciente debía plantearse un objetivo referente a su control del asma, y debía identificar y anotar el problema en su manual, así como diversas estrategias para solucionarlo. Las problemáticas y metas de tratamiento más reportadas por los pacientes fueron las relacionadas con el control de desencadenantes del asma, el no tener que despertar en la noche y el uso de los medicamentos de manera adecuada. Aunque no se reportan diferencias significativas en las variables fisiológicas abordadas en dicho estudio, se encontraron diferencias a favor de la intervención en los niveles de depresión y ansiedad.

Intervenciones Multimodales

Por último, haremos mención a diversas investigaciones que se han llevado a cabo en territorio mexicano y por parte de especialistas de la medicina conductual en la clínica de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Son intervenciones que se valen de varias técnicas cognitivo conductuales y buscan ayudar al control de la enfermedad.

Caballero, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez-Sosa (2009) implementaron una intervención psicológica cognitivo-conductual en 15 pacientes asmáticos, con el objetivo de evaluar su efectividad sobre la adhesión al tratamiento y el nivel de ansiedad. La intervención estaba constituida por cinco componentes: psicoeducativo, seguimiento conductual para mejorar adhesión al tratamiento, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación progresiva muscular. Todos los pacientes pasaban por todos los módulos, y la cantidad de sesiones empleadas dependían de cuándo los pacientes alcanzaban los criterios de éxito de cada módulo. Los resultados demostraron una mejoría en el uso adecuado de medicamentos (de 75.79% a 99.04%), disminución en la exposición a desencadenantes por semana (12.27 a 4.40), disminución en el uso de medicamentos de rescate (8.20 a 2), disminución en el puntaje del Inventario de ansiedad de Beck (20.7 a 7.53) y una disminución importante en los síntomas de asma.

Juárez (2010) implementó una intervención que consistía en reestructuración cognitiva, solución de problemas, psicoeducación y relajación. Las participantes fueron nueve mujeres con asma. Además de buscar beneficiar la adhesión terapéutica, se buscaba explorar la efectividad de la intervención en la calidad de vida, síntomas de asma y estado emocional (depresión y ansiedad). Se realizaron evaluaciones pre-intervención, post-intervención y a un mes de seguimiento. Los resultados demostraron que había diferencias estadísticamente significativas sobre los niveles de ansiedad y depresión, cambios que se mantuvieron en el seguimiento. Así mismo, aun-

que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, si se reportaron cambios positivos en las evaluaciones de calidad de vida, adhesión al tratamiento, síntomas de asma y limitaciones en las actividades cotidianas.

Islas (2011) implementó una intervención psicológica para pacientes asmáticos mal controlados, con el objetivo de favorecer el control de síntomas, conocimientos de asma, nivel de estrés, ansiedad y depresión. Los componentes de la intervención fueron psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Participaron 34 pacientes divididos en dos grupos: 16 en el grupo experimental y 16 en el grupo control. Los pacientes que se encontraban en el grupo experimental pasaron de tener un asma leve a una intermitente, mejoraron los conocimientos sobre asma y disminuyeron el nivel de estrés, ansiedad y depresión.

Guillén (2013) desarrolló una intervención basada en la técnica de solución de problemas con el objetivo de evaluar el impacto de dicha intervención sobre el control del asma. Se evaluaron las repercusiones de la intervención en las variables de control de la enfermedad, ansiedad, depresión y conocimiento de la enfermedad. Participaron dos pacientes mujeres. Se trabajó mediante criterios de éxito en las sesiones que tenían como meta cumplir cada uno de los pasos de la técnica en solución de problemas. Los problemas tratados en las sesiones hacían referencia a problemáticas conductuales o cognitivas ante las que se enfrentaban los pacientes y que les impedían tener un buen control de su enfermedad. Los resultados indicaron que posterior a la intervención, existió una disminución en los síntomas asmáticos en general y en el uso del medicamento de rescate (Salbutamol) en ambos pacientes. Existieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad medidos por el Inventario de Ansiedad de Beck, en ambos participantes al comparar puntaje inicial con seguimiento. De igual manera, se reporta cambio en la clasificación de la depresión, medida a través

del Inventario de Depresión de Beck con el primer participante. La clasificación del asma reportada a través del cuestionario de control de asma, en ambos participantes pasó de ser “no control” a “control”. En ningún caso se reportaron cambios en el nivel de conocimiento de la enfermedad. De manera clínica, ambos participantes reportaron mejoría en su control de asma y estado emocional.

Lugo (2013) desarrolló una intervención psicológica cognitivo-conductual con seis pacientes asmáticos, cuyo objetivo fue mejorar el estado de ánimo y disminuir la sintomatología de la enfermedad. Los componentes de la intervención fueron imaginación guiada, psicoeducación y solución de problemas. La evaluación incluyó síntomas de asma, Flujo Espiratorio Pico (FEP), conocimientos sobre el asma, síntomas de ansiedad, síntomas de depresión, entre otras. Los resultados obtenidos sugieren una disminución entre la pre-evaluación y la post-evaluación, de cinco de las seis pacientes en la severidad del asma, síntomas de la enfermedad, conocimientos sobre asma, sintomatología de ansiedad y sintomatología de depresión, estas dos últimas, estadísticamente significativas. Las seis pacientes mejoraron su FEP, estadísticamente significativo, comparando la pre-evaluación y la post-evaluación, tomando en comparación su FEP ideal.

Sánchez (2014) realizó una intervención psicológica con un total de siete pacientes asmáticos, utilizando retroalimentación biológica. El objetivo de la intervención consistió en evaluar el efecto del entrenamiento en retroalimentación biológica de la variabilidad de la frecuencia cardíaca mediado por la respiración abdominal, sobre los niveles de ansiedad, depresión y control del asma en pacientes con dicho padecimiento. Los resultados más importantes indican una disminución en los puntajes de depresión en todos los pacientes, disminución de ansiedad en seis de los siete pacientes y un decremento general en la percepción de sintomatología de la enfermedad.

Presentación de casos

A continuación se presentan dos casos clínicos que fueron abordados por terapeutas con formación en medicina conductual. La relevancia de éstos radica en que son muestras claras y concisas de las problemáticas más representativas dentro de la población asmática y que son intervenciones llevadas a cabo en un contexto del servicio de salud mexicano. Se presentan datos tanto estadísticos como clínicos, los casos abarcan diversas variables que deben ser consideradas en el tratamiento del asma. Ambos fueron abordados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Ismael Cosío Villegas en la Ciudad de México.

Caso 1

Ficha de Identificación del paciente

Nombre: GCAR

Sexo: Femenino

Edad: 58 años

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Licenciada en Contaduría

Lugar de origen: Nayarit

Lugar de residencia: Distrito Federal

Diagnóstico médico: Asma descontrolada moderada persistente.

Tratamiento para el asma al momento de la entrevista: Salbutamol (por razón necesaria), Miflomide (cada 12 horas), Aciclovir (crema cada 6 horas).

Actitud e impresión general en la primer entrevista

Mujer con edad aparente igual a la cronológica que se presenta a consulta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra cooperadora e interesada ante la entrevista. Afecto eutímico coherente al discurso y expresiones no verbales, impresiona inteligencia promedio.

Examen mental

Orientada en tiempo, espacio y persona con procesos de atención y concentración adecuados. Lenguaje coherente, fluido y congruente al afecto.

Pensamiento del tipo concreto con ideas del tipo mágico-religiosas que a su vez emplea como estrategia de enfrentamiento ante problemáticas de la vida cotidiana y para dar explicación de su enfermedad (Ejemplo: “Dios me mandó esta enfermedad como prueba”). Locus de control externo (Ejemplo: “Que sea lo que Dios decida”).

Motivo de consulta

Paciente referido a consulta de psicología por su médico tratante. El médico identifica que la paciente “se encuentra estresada y el estrés está influyendo en que su asma no se controle adecuadamente” (sic paciente). La paciente manifiesta considera que se encuentra estresada y tiene dificultad para relajarse y le gustaría aprender a hacerlo, sin embargo no considera que la situación esté comprometiendo su control del asma.

Antecedentes heredofamiliares

- Madre con afectaciones cardiacas

Antecedentes personales patológicos

- Diagnóstico de asma desde 1994 (18 años de evolución al momento de la entrevista)
- Dermatitis atópica debido a picadura de insecto, con 6 meses de evolución bajo tratamiento con esteroides
- Gastritis crónica actualmente sin control médico, lo atribuye a malos hábitos alimenticios

Antecedentes personales no patológicos

- Vive en casa propia con todos los servicios
- Labora en un despacho dependiente del gobierno federal

Antecedentes psicológicos patológicos

- Reporta haber sentido mucho temor y estrés ante complicación de una picadura de insecto en su mano en el 2011
- Reporta sufrir de insomnio cuando se encuentra preocupada

Historia del problema

GCAR refiere tener problemas para conciliar y mantener un sueño reparador desde hace aproximadamente dos meses, aunque no es capaz de identificar con precisión, lo atribuye a diferentes causas las cuales se mencionarán a continuación.

Hace aproximadamente un año cambió de trabajo y el ambiente laboral no es óptimo ya que sus compañeros hacen comentarios incómodos de ella y ha recibido amenazas que atentan contra su bienestar físico.

Considera que no puede cambiar de trabajo debido a que con su edad sería poco probable encontrar uno nuevo con remuneración económica competitiva. Considera que su horario laboral es muy demandante, ya que debe cumplir turnos superiores a las doce horas diarias, lo que la ha llevado a alterar sus horarios y estilos de alimentación, teniendo actualmente una dieta abundante en calorías y escasa en otros nutrimentos.

Aunado a ello su mamá, con quien actualmente vive, sufrió un ataque cardiaco por lo que ella tiene que cuidarla y estar al pendiente de que se realicen las labores domésticas.

Un hecho que señala la paciente como altamente relevante, es que hace 6 meses (al momento de la entrevista), fue mordida por una araña que encontró buscando unos papeles en su lugar de trabajo. Requirió tratamiento médico, sin embargo presentó necrosis en el tejido, por lo que tuvo que tomar incapacidad de un mes. Señala que a partir de ese hecho se notó más estresada ya que temía por su salud y comenzó a ser más frecuente que le costara conciliar el sueño de manera efectiva. Actualmente se considera que tiene una dermatitis de contacto que en ocasiones se manifiesta con hipersensibilidad de su mano, aún continúa bajo tratamiento supervisado por dermatólogo.

En su última consulta con el neumólogo tratante le comenta que en ocasiones siente que le falta mucho el aire y se siente estresada y no ha podido dormir bien, por lo que el médico le comenta que

debería buscar apoyo de psicología, ya que en la espirometría (prueba de función pulmonar) los valores se encuentran dentro de los márgenes esperados y ha llevado su tratamiento de manera adecuada.

Conocimientos sobre asma

Fue diagnosticada hace 18 años. Sólo ha tenido que ser ingresada una vez a hospitalización. Considera que es una paciente que lleva su tratamiento como lo indica el médico, no falta a sus citas, le es posible económicamente adquirir todos sus medicamentos, le gusta informarse, asiste a los cursos-talleres brindados en su hospital cuando le es posible y lleva un diario de síntomas por iniciativa propia.

Respecto al control de su asma considera al momento de la entrevista encontrarse “muy bien

controlada” aunque reporta un uso del medicamento de rescate de hasta 5 disparos al día, que de acuerdo con la guía GINA (2011) esto es considerado como asma no controlada. La paciente reporta utilizar el medicamento de rescate cuando siente que le falta mucho el aire o le silba mucho el pecho. Considera que esa situación ya es parte de su vida cotidiana por lo que no le molesta en sus actividades diarias.

Considera que su trabajo es una fuente con muchos desencadenantes de asma debido al polvo presente en los archivos que debe de revisar, pero trata de tener conductas preventivas utilizando cubrebocas y teniendo buena higiene en las manos.

En la Tabla 12.1 se muestra el cuadro secuencial integrativo sobre la conducta problema referida por esta paciente.

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p>Externos Ocurre llegada la hora de dormir.</p> <p>Llegando a casa, debe esperar a que su mamá duerma para poder hacer las labores del hogar.</p> <p>Acoso laboral. Cubrir horarios mayores a 12 horas en el trabajo.</p> <p>Internos Cuando piensa que aún le quedaron mucho pendientes durante el día.</p> <p>Historia Hace 6 mese sufrió una picadura que le ocasionó necrosis del tejido de la mano derecha y eso “le dejó nerviosa”.</p> <p>Hace 1 año su mamá enfermó y ella ha sido la única responsable del hogar. Sufre acoso laboral.</p>	<p>Asma 18 años de evolución. Dermatitis por contacto 6 meses de evolución. Médico considera que “la falta de aire” que reporta la paciente así como el uso de salbutamol es debido a estrés y no al asma.</p> <p>Competencias y Déficit Capacidad de abstracción. Déficit en relajación y conocimientos del asma en general. Se considera adherente al tratamiento y lleva su propio diario de síntomas.</p> <p>Variables Cognitivo Conductuales Considera que los problemas laborales y de salud se resuelven orando.</p> <p>No cree del todo que los estados emocionales puedan influir en la salud.</p> <p>Considera que relajarse es perder el tiempo.</p>	<p>Demanda “Tengo estrés y quiero poder relajarme”.</p> <p>Motor Hiperactividad</p> <p>Cognitivo “Yo debo de terminar todos mis pendientes para poder relajarme” “Debo seguir pensando qué me faltó hacer” “Tengo miedo a perder el control de mi cuerpo” “Si me relajo perderé tiempo” “No tengo tiempo”</p> <p>Fisiológico Tensión muscular Insomnio Taquicardia Escalofríos</p>	<p>Inmediatas No puede dormir, y es la consecuencia que más molesta a la paciente.</p> <p>Se pone a rezar.</p> <p>No se puede relajar.</p> <p>Se siente cansada y triste durante el día.</p> <p>Falta de aire durante el día y usa salbutamol.</p> <p>Otros Preocupación de su mamá. Neumólogo canaliza a psicología.</p> <p>Mediano y largo plazo Trastorno del sueño. Descontrol del asma debido al estado emocional.</p>

Tabla 12.1. Cuadro secuencial-integrativo.

Análisis Funcional de la Conducta

La paciente asiste a consulta psicológica reportando “tener mucho estrés y querer poder relajarse” (*sic* paciente), conducta que se manifiesta a nivel motor por hiperactividad, a nivel cognitivo por pensamientos como “yo debo terminar todos mis pendientes para poder relajarme,” “debo seguir pensando qué me faltó hacer durante el día,” “si me relajó perderé el tiempo,” “no tengo tiempo para relajarme,” y a nivel fisiológico por insomnio, taquicardia, tensión muscular y sensación de escalofríos en el cuerpo.

La respuesta descrita anteriormente se hace presente en diferentes situaciones siendo las principales en su cama cuando llega la hora en que debe dormir, espera a que su madre duerma y recuerda que debe hacer las labores del hogar, sufre durante el día acoso laboral por parte de sus compañeros de trabajo, tiene largas jordanas laborales.

Es importante señalar que hace seis meses la paciente sufrió una mordedura de araña a la que hizo reacción y un mal tratamiento médico, lo que la llevó a presentar necrosis del tejido de la mano y dicha situación la asustó mucho, y llegó a preocuparse por su salud. También reporta ser víctima de acoso laboral, y desde hace un año ser responsable totalmente de su hogar debido a que su mamá, con quien únicamente vive, sufrió un ataque cardíaco lo que la imposibilita a encargarse de las labores domésticas.

Como consecuencia se pone a orar, piensa que no se puede relajar, no logra conciliar el sueño por lo que durante el día se siente cansada y triste. Considera que cuando se presentan las situaciones de estrés llega a tener falta de aire y necesita usar el salbutamol. Por parte de las consecuencias de otros, su madre se muestra preocupada por ella y le insiste en que duerma, lo que a la paciente le molesta. A largo plazo ha generado un trastorno del sueño, su asma se ha visto descontrolada y presenta tensión arterial elevada.

Por otro lado es importante señalar que la paciente presenta pensamientos de tipo mágico-religioso respecto a que los problemas cotidianos,

laborales y de salud, son resueltos mediante la oración y esa situación hace que no piense en otras posibles soluciones. Manifiesta estar un tanto escéptica a que los estados psicológicos influyan de manera directa en su salud, por lo que no considera que la relajación sea una solución. Cuenta con habilidad para llevar su diario de síntomas, se considera un paciente adherente, aunque sus déficits se encaminan a una pobre capacidad de relajación y poco conocimiento de su enfermedad.

Objetivo de la intervención psicológica

Al término de la intervención la paciente reducirá sus niveles de ansiedad y depresión, con lo que beneficiará el control del asma, su estado de sueño y contará con las herramientas necesarias para solucionar problemas presentes para controlar su asma.

Escenario

La intervención se realizó en el consultorio cero de Psicología en la Clínica de Asma del INER.

Variables Independientes
<ul style="list-style-type: none">Intervención psicológica cognitivo-conductual constituida por una intervención basada en la técnica de solución de problemasRelajación autógena, como auxiliar a la solución de problemas
Variables Dependientes
Médicas: <ul style="list-style-type: none">Síntomas de asma Psicológicas: <ul style="list-style-type: none">Sintomatología de AnsiedadSintomatología de DepresiónPercepción de severidad de la enfermedadConocimientos de la enfermedad

Tabla 12.2. Variables consideradas en la intervención psicológica del caso 1.

Variables

Instrumentos de Evaluación

1. Registro de síntomas asmáticos: Cuadernillo en el que se registran la frecuencia de síntomas característicos del asma, despertares nocturnos a causa del asma, disnea, tos, flema, sibilancias, opresión torácica, actividades normales, congestión nasal, moco; así como acciones concretas como el uso de flujómetro, uso de medicamentos anti-inflamatorios, uso del medicamento de rescate, ingresos a urgencias, ingresos a hospitalización, días perdidos en el trabajo.
2. Inventario de Ansiedad de Beck (IAB): cuestionario de 21 reactivos con 4 opciones de respuesta (del 0 al 3), el instrumento se encuentra validado para población mexicana (Robles, Varela, Jurado y Paéz, 2001).
3. Inventario de Depresión de Beck (IDB): cuestionario de 21 reactivos, que se encuentra estandarizado para población mexicana. Los puntajes dividen las normas de calificación como nivel de depresión mínimo, leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) y severa (de 30 a 63 puntos) (Jurado et al., 1998).
4. Cuestionario sobre conocimientos del asma (CCA): desarrollado por Báez et al. (2007) el cual consta de 20 preguntas con 3 opciones de respuesta cada una (Sí, no y no sé) que evalúan el conocimiento de la enfermedad, donde a mayor puntaje mayor conocimiento referente al asma. Se trata de un cuestionario validado para población del INER.
5. Test del Control del Asma (ACT, Asthma Control Test): Desarrollado por Nathan et al. (2004); se trata de un cuestionario de 5 preguntas que se califica en escala Likert, para evaluar el control asmático. Es ampliamente utilizado por la población médica y de acuerdo al puntaje el asma se clasifica como controlada totalmente, buen control y no controlada.

Tratamiento

Las sesiones se llevaron a cabo bajo la técnica de solución de problemas. La elección de la técnica fue en función de los recursos cognitivos de la paciente y la cantidad de sesiones a la que podía asistir, y principalmente a la versatilidad de la técnica que ha demostrado alta efectividad y que se puede auxiliar de otras técnicas.

Se llevaron a cabo en total 6 sesiones distribuidas de la siguiente manera: una sesión de evaluación, tres de entrenamiento, una para evaluación del tratamiento y una sesión para el seguimiento. Debido al horario de trabajo de la paciente las sesiones se llevaban a cabo semanalmente o quincenalmente.

- El planteamiento del problema (una sesión): Se elaboró una lista con diferentes problemáticas que presentaba la paciente. Junto con ella se planteó el problema principal con el que se trabajaría a lo largo de las sesiones: la imposibilidad que presentaba para relajarse, siendo el objetivo (indicado por la paciente con ayuda del terapeuta): aprender a relajarse, además de plantear un horario y un plan específico para llevarlo a cabo.
- Elaboración, balance y elección de la solución (una sesión): Se elaboraron diversas soluciones, a lo que la paciente concluyó que la solución con más probabilidad de éxito sería que el psicólogo la entrenara en relajación, conseguiría un audio que se le recomendaba a todos los pacientes asmáticos en la asociación de asmáticos que se encontraba en el hospital, la cual nunca había querido adquirir (el audio previamente había sido evaluado y aprobado por el terapeuta). Se acordó igualmente que planearía un horario cómodo para poder incluir entre sus diferentes actividades la práctica. El horario que eligió la paciente fue cada tercer día antes de dormir, en un horario fijo y mientras utilizaba el transporte público diario hacia el trabajo.
- Puesta en marcha (dos sesiones): Durante una sesión se entrenó a la paciente en relajación

autógena, y además se elaboró un registro como auxiliar en el entrenamiento de la técnica en la que se marcaron horarios y señalar de la escala del 0 al 10 qué tan relajada se había sentido al practicarla. Se previeron posibles situaciones en las que la paciente se podría sentir cansada, desmotivada o muy ocupada para realizar sus ejercicios de relajación y se incentivó para que intentara la práctica. La paciente llevó por escrito las instrucciones de la relajación y se auxilió de una grabación que le recomendaron y se encontró adecuada para su ejecución.

- En una segunda sesión de puesta en marcha se verificó que la paciente estuviera llevando a cabo de manera adecuada el ejercicio de relajación y problemáticas que habían surgido al llevar a cabo la solución, y si estaba considerando hacer alguna modificación a su horarios.
- Verificación (una sesión): Se discutieron situaciones que venían acompañadas de pensamientos irracionales, en las que la paciente llegaba a pensar que “estaba perdiendo el tiempo cuando se relajaba” (sic paciente), se pidió que ejecutara un ejercicio de relajación para corregir posibles errores y moldear la conducta.

Resultados

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Wilcoxon con el objetivo de determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en los inventarios de depresión, ansiedad y conocimientos de asma en los tres

momentos de medición. Se muestran los puntajes totales de cada inventario y cuestionario aplicado. Se realizaron gráficas de frecuencia para la sintomatología asmática.

En la Tabla 12.3. se muestra que existieron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de ansiedad obtenidas a través del IAB al momento de la preintervención y seguimiento. En el caso del IDB no se presentan diferencias significativas en ninguno de los tres momentos de medición, situación que se repite en el cuestionario de conocimientos de asma, al no presentar diferencias significativas en ninguna medición.

De igual manera, puede observarse en la tabla 12.4 que desde el punto de vista nominal y descriptivo de las escalas, se observa que la disminución de los puntajes en las escalas de depresión y ansiedad origina que la clasificación del estado emocional varíe.

Concretamente puede observarse que en el caso del IDB al inicio se reportaba una depresión clasificada como leve y en el seguimiento se reporta una depresión mínima. De la misma manera, en el inventario de ansiedad IAB se observa que de ansiedad moderada, se logra un cambio en el post-test a ansiedad leve que se mantiene en el seguimiento.

Por lo que respecta a las medidas con el ACT se reporta al inicio que no se tiene un control de la enfermedad, situación que cambia en el pos-tratamiento y seguimiento, ya que se reporta un buen control del asma. Los puntajes en el cuestionario de conocimientos del asma se mantuvieron iguales a lo largo del tiempo.

	IAB inicial IAB postest	IAB inicial IAB seguimiento	IDB inicial IDB postest	IDB inicial IDB seguimiento	CC inicial CC seguimiento
z	-2.057	-2.877	-1.184	-1.725	0.000
sig (2 colas)	0.227	0.002*	1.000	0.07	1.00

Tabla 12.3. Valores obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon.

* $p \leq 0.05$

Instrumentos	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
IDB	14 puntos Depresión leve	12 puntos Depresión leve	2 puntos Depresión mínima
IAB	21 puntos Ansiedad moderada	11 puntos Ansiedad leve	6 puntos Ansiedad leve
ACT	19 puntos No control	22 puntos Buen control	21 puntos Buen control
CCA	21 puntos	20 puntos	21 puntos

Tabla 12.4. Puntaje directo obtenido y clasificación de los inventarios aplicados.

En cuanto a la sintomatología del asma que es reportada a través de los registros que llevó la paciente, se puede observar en general una disminución de los mismos durante y después del tratamiento, cambios que se mantienen durante las semanas de seguimiento.

Entre los síntomas que reportaron una disminución en su frecuencia casi en su desaparición durante el tratamiento fueron la presencia de tos, flema, nariz congestionada.

Los síntomas correspondientes a falta de aire y sibilancias, así como el uso del medicamento de rescate se presentan en la Figura 12.1, como puede observarse el reporte de sibilancias disminuye durante el tratamiento y continúa con dicha tendencia en el seguimiento. En el caso de la falta de aire, se observa que durante el tratamiento disminuye la frecuencia al inicio del tratamiento, sin embargo vuelve a presentar picos de incidencia durante el final de la intervención y el seguimiento.

Referente al uso del salbutamol, se puede observar que en las semanas antes del tratamiento se registró hasta 15 tomas de salbutamol en una semana, situación que va disminuyendo en frecuencia durante la intervención, incluso llegando a ser de una toma por semana, lo que se mantiene durante las semanas de seguimiento.

Conclusiones referentes al caso

De manera general podemos afirmar que la intervención psicológica fue efectiva para cumplir los objetivos planteados.

Al término de la intervención y durante el seguimiento, se redujeron los niveles de ansiedad y depresión, tanto de manera estadísticamente significativa (en el caso de la ansiedad) como de manera clínica (en la depresión) al presentarse mejoría en los puntajes de los instrumentos y de manera verbal reportada por la usuaria.

Se logró implementar una herramienta, como es la solución de problemas para que la paciente fuera capaz de abordar diversos aspectos en su vida diaria.

El objetivo principal de la paciente no era mejorar su estado asmático, sino su estado de relación, se logró demostrar que al beneficiar el estado emocional y conductual, se logró un cambio en la manera de abordar su enfermedad y su control.

Este caso sirve para ejemplificar diversas características de los pacientes crónicos. Primeramente nos encontrábamos frente a una paciente que se mostraba escéptica ante los beneficios que podría representar una intervención psicológica para el control de su asma. La paciente reportó de manera verbal al finalizar el tratamiento que ahora le era fácil reconocer la relación entre sus estados emocionales

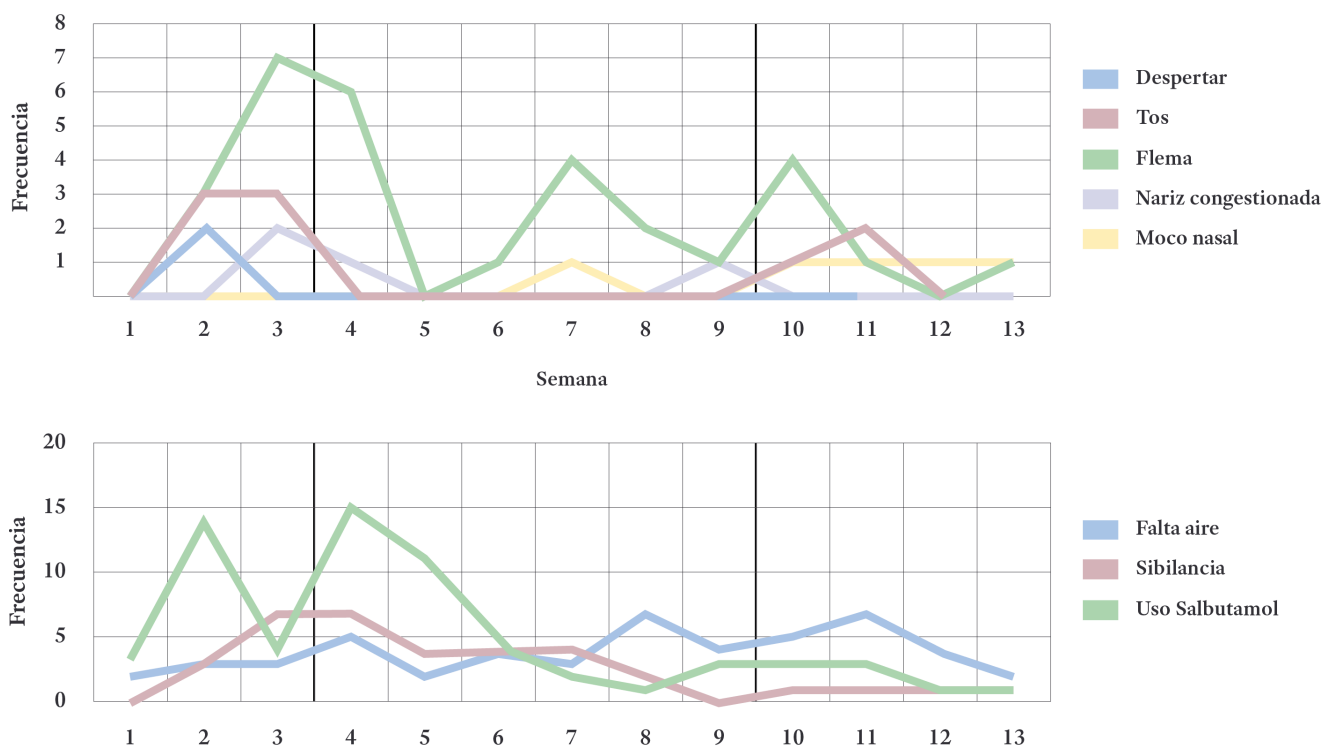


Figura 12.1. Registros de síntomas de asma semanales.

Nota: Semana 1 a la 3 Pretratamiento. Semana 4 a la 9 Tratamiento. Semanas 10 a la 13 Seguimiento.

(principalmente la ansiedad) y el control de su enfermedad, lo cual se puede ver reflejado en que al ayudarse de la relajación autógena y lograr un estado de relajación óptimo, la sintomatología asmática se ve reducida.

Un segundo punto que va muy ligado al anterior es que se trataba de una usuaria que se encontraba informada referente a su enfermedad, como muchos otros pacientes, sin embargo, faltaba hacer esa articulación entre conocimiento, comportamiento y percepción de la enfermedad. Al modificar su comportamiento, la paciente fue capaz de reconocer que lo que ella consideraba antes como asma controlada, no lo era. Además de los datos objetivos obtenidos en los resultados referentes a la disminución de sintomatología, de manera verbal la paciente refirió que ahora reconocía que su asma no estaba controlada con anterioridad y ella tenía una mala percepción de su enfermedad.

Otra ventaja reportada de la intervención es el aspecto económico. Al ya no requerir de manera frecuente el salbutamol, la paciente logró un ahorro económico que la benefició.

Los objetivos alcanzados en este caso son una prueba fehaciente de los beneficios que se pueden alcanzar al utilizar la medicina conductual como herramienta en el tratamiento del asma.

Caso 2

Ficha de identificación del paciente

Nombre: SGSR

Edad: 55 años

Escolaridad: Técnica

Ocupación: Secretaria

Estado civil: casada

Originario: Distrito Federal

Residente: Distrito Federal

Religión: Católica creyente

Diagnóstico médico: Asma descontrolada moderada persistente.

Rinitis alérgica. HAS.

Tratamiento: Flixovent (dos dosis por la mañana y dos por la noche) Salbutamol (una dosis en la mañana y otra en la noche).

Examen mental

Mujer de complejión endomórfica, con edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, orientada en tiempo, espacio y persona, atención y concentración adecuadas, cooperadora a entrevista. Afecto eutímico con estado de ánimo ansioso. Lenguaje coherente, fluido y congruente a afecto. Pensamiento del tipo concreto centrado en enfermedad, trabajo y familia. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Locus de control externo. Consciente de enfermedad.

Motivo de consulta

Canalizada por médico tratante debido a la presencia importante de síntomas de asma (opresión torácica, disnea y sensación de ahogo) aún con el uso diario de medicamento y sintomatología que genera ansiedad, tensión corporal, que se presenta principalmente en manos y nuca.

Antecedentes heredofamiliares

- Madre padece Alzheimer
- Hermana con asma y rinitis alérgica

Antecedentes personales patológicos

- Diagnóstico de asma en el 2006 por una crisis asmática, sin embargo, presenta síntomas de asma y rinitis alérgica desde hace 25 años.
- Diagnóstico de Hipertensión en el 2006.
- Histerectomía y ooforectomía por miomas en el 2006.
- Litiasis vesicular e hígado graso en el 2010.
- Crisis asmática que requiere hospitalización en el 2011.

Antecedentes personales no patológicos

- Vive en casa propia con todos los servicios
- Trabajó en el área de secretariado para un despacho de arquitectos.

Antecedentes psicológicos patológicos

- Diagnóstico de asma en el 2006 por una crisis asmática, “evaluado como un evento sumamente negativo”.
- Posterior a diagnóstico de asma por crisis, manifiesta de forma eventual episodios de asma caracterizados por opresión torácica, sensación de falta de aire y ahogo, mismas seguidas por tensión corporal con mayor intensidad en manos y nuca y ansiedad.
- Crisis asmática que requiere hospitalización en el 2011, “evaluado como un evento sumamente negativo”.
- Tuvo algunos eventos de atragantamiento con comida en los que experimentó síntomas parecidos a los de asma, razón por la cual le genera ansiedad tener síntomas de asma.

En la tabla 12.5 se muestra el análisis gráfico (cuadro secuencial integrativo) del problema referido por la paciente.

Análisis Funcional de la Conducta

Canalizada por médico tratante debido a la presencia importante de síntomas de asma aún con el uso diario de tratamiento, dichos síntomas de asma favorecen la aparición de ansiedad, tensión corporal, que se presenta principalmente en manos y nuca. Al presentarse ambas situaciones se dificulta poder controlarlas.

Lo anteriormente descrito se manifiesta a nivel fisiológico por disnea, opresión torácica, sensación de ahogo, tensión corporal (manos, nuca, cuello y espalda), hormigueo y entumecimiento de manos, cara y temblor en la boca. A nivel cognitivo por pensamientos de tipo anticipatorio y catastrófico, sobre los síntomas de asma, muerte, miedo a morir ahogada al estar dormida y no poder despertar para

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
HISTORIA Dos crisis de asma previas. Dos eventos de atragantamiento.	FISIOLÓGICAS: Disnea, opresión torácica, sensación de ahogo, tensión corporal (manos, nuca, cuello y espalda), hormigueo y entumecimiento de manos, cara y temblor en la boca.	EN MI: Cansancio, debilidad, agotamiento, pesadez en la nuca, falta de concentración, dolor muscular y bolas en el cuello.
ACTUALES Al tener síntomas de asma Antes de dormir, en casa, trabajo, cuando va en el metro y está lleno, y situaciones estresantes. Situaciones que favorecen problemas de pareja y tipo de relación padre-hijo. Problemas económicos. Cuidadora informal de su mamá con Alzheimer.	COGNITIVOS: Pensamientos de tipo anticipatorio y catastrófico, sobre los síntomas de asma, muerte, miedo a morir ahogada, al estar dormida y no poder despertar para respirar.	Detrimiento en el desempeño laboral. Tristeza, miedo y desesperación.
	CONDUCTUALES: Verbalizar lo que siente, quedarse paralizada, tomar agua, llorar e hiperventilar.	OTROS: Molestia de esposo y familiares.
	EMOCIONALES: Tristeza, enojo y desesperación.	

Tabla 12.5. Cuadro secuencial integrativo.

respirar. A nivel conductual por verbalizar lo que siente, quedarse paralizada, tomar agua, llorar e hiperventilar. Y nivel emocional por sentirse triste, enojada y desesperada.

Estas respuestas se hacen altamente probables cuando la paciente percibe la aparición de síntomas de asma, antes de dormir, en casa cuando hay problemas familiares, carga de trabajo, problemas económicos, eventualmente cuando va en el metro y está lleno y ante diversas situaciones estresantes relacionadas con el cuidado informal de su mamá con Alzheimer.

Lo anterior se vio favorecido debido a situaciones previas como las dos crisis de asma previas, dos eventos de atragantamiento y la sintomatología de asma y rinitis de larga evolución, que fueron experimentadas y evaluadas de forma negativa y catastrófica.

Todo lo anterior ha traído como consecuencia mayor cansancio, debilidad, agotamiento, pesadez en la nuca, falta de concentración, dolor muscular y contracturas en el cuello, deterioro en el desempeño laboral, tristeza, miedo y desesperación. Un

incremento en su nivel de ansiedad, problemas familiares y dificultad para el manejo de su enfermedad.

Por lo tanto, si la paciente SGSR inicia tratamiento psicológico con componentes psicoeducativos, imaginación guiada y solución de problemas le permitirá disminuir su nivel de ansiedad, mejorará su estado de ánimo y el control del asma.

Objetivo de la intervención psicológica

Al término de la intervención la paciente disminuirá su nivel de ansiedad, manejará pensamientos negativos asociados a su enfermedad, mejorará su estado de ánimo y el control del asma. Además contará con las habilidades necesarias para poder afrontar de manera funcional situaciones problema en diferentes áreas de su vida.

Escenario

La intervención se realizó en el consultorio cero de Psicología en la Clínica de Asma del INER, llevando a cabo sesiones semanales con una duración aproximada de 90 minutos.

Variables

Variables Independientes	Variables Dependientes
Intervención psicológica cognitivo-conductual constituida por tres estrategias psicológicas.	Médicas: Flujo Espiratorio Pico (FEP) Síntomas de asma
Estrategias de intervención psicológica Psicoeducación (3 sesiones) Imaginación guiada (9 sesiones) Solución de problemas (6 sesiones)	Psicológicas: Síntomatología de Ansiedad Síntomatología de Depresión

Tabla 12.6. Variables consideradas en la intervención de caso 2.

Aparatos y materiales

- Flujómetro
- Sillón reposit
- Mini lap-top
- Presentación de Power Point
- Audífonos
- Reproductor MP3
- Archivo de audio en CD

Instrumentos, cuadros y registros

- Entrevista inicial: adaptada de la entrevista de salud para pacientes con asma (Islas, 2011), incluye datos generales del paciente, aspectos clínicos del asma y aspectos psicológicos.
- Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma (Islas, Fernández, Salas e Islas, 2011). Manual teórico-práctico que se encuentra dividido en dos partes: 1) aspectos médicos y características del asma y 2) aspectos psicológicos y emocionales del asma.
- Manual de solución de problemas para pacientes con asma. Manual teórico-práctico sobre solución de problemas en el que se abarca la orientación al problema y los cinco pasos para resolver un problema, está basado en el Manual de solución de Problemas para padres (Reynoso, Cortés, López, Guillén, López et al., 2009).
- Auto-registro de síntomas físicos y psicológicos de asma.

- Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS (Zigmond y Snaith, 1983).

Tratamiento

La paciente acudió a atención psicológica por canalización de médico tratante. Se realizó una primera sesión de evaluación. En la segunda sesión se explicó el desarrollo del tratamiento psicológico y los componentes del mismo.

Se llevaron a cabo doce sesiones divididas en pre-evaluación, intervención, post-evaluación y seguimiento. El tiempo dedicado a las actividades dentro de cada sesión se distribuía de la siguiente manera: 1) Inicio de sesión, rapport, revisión de registros de actividades y retroalimentación, 10 minutos, 2) Primer componente de la intervención (psicoeducación o solución de problemas, 45 minutos, 3) segundo componente (imaginación guiada), 25 minutos y 4) cierre de sesión y actividades para casa, 10 minutos. Las estrategias de intervención se distribuyeron como se muestra en la Tabla 12.7.

MÓDULO 1: PRE-EVALUACIÓN
Inicio de sesiones de intervención, rapport y contextualización del trabajo a realizar durante la intervención. <i>Evaluación inicial:</i> aplicación de entrevista inicial, escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y flujometría (tres veces).

Cierre de sesión: Se entregaba un CD grabado con el ejercicio de imaginación guiada para su realización diaria, un registro de síntomas de asma, estado emocional y actividades generales para su llenado diario; se realizaba un ejemplo en la sesión para garantizar su entendimiento.
Por último se pedía al paciente que no usara broncodilatador antes de la sesión siguiente.

**MÓDULO 2: INTERVENCIÓN.
Educación en asma y aspectos psicológicos.**

Inicio de sesión: revisión de actividades de registro y retroalimentación.

Inicio de intervención psicoeducativa sobre asma: con el Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma y con una presentación de apoyo en Power Point con contenidos sobre asma se iban desarrollando cada uno de los tópicos informativos, tomando en cuenta la información con la que ya contaba el paciente.

Evaluación pre-ejercicio de imaginación guiada: realización de flujometría (tres veces).

Realización del ejercicio de imaginación guiada: se indicaba al paciente recostarse en el sillón reposit de forma horizontal, se daban indicaciones sobre qué hacer antes de iniciar el ejercicio, durante y al finalizarlo, se conectaban los audífonos al reproductor MP3, se ayudaba al paciente a colocarse los audífonos y se realizaba una prueba inicial de sonido de la grabación. Al finalizar el ejercicio se esperaban tres minutos y se daban indicaciones de respiración, movimientos de cuello, manos, brazos y abrir paulatinamente los ojos.

Evaluación post-ejercicio de imaginación guiada: realización de flujometría (tres veces).

Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y la mejoría del ejercicio y se hacía énfasis en la práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada y el llenado del registro de síntomas y estado emocional.

**MÓDULO 2: INTERVENCIÓN.
Educación en asma y aspectos psicológicos.**

Inicio de sesión: revisión de actividades de registro y retroalimentación.

Inicio de intervención psicoeducativa sobre aspectos psicológicos del asma: con el Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma y con una presentación de apoyo en PowerPoint con contenidos sobre aspectos psicológicos del asma se iban desarrollando cada uno de los tópicos informativos, tomando en cuenta la información con la que ya se contaba.

Evaluación pre-ejercicio de imaginación guiada.
Realización del ejercicio de imaginación guiada.
Evaluación post-ejercicio de imaginación guiada.

Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y la mejoría del ejercicio y se hacía énfasis en la práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada y el llenado del registro de síntomas y estado emocional.

**MÓDULO 3: INTERVENCIÓN.
Solución de problemas.**

Inicio de sesión: revisión de actividades de registro y retroalimentación. Inicio de intervención práctica en solución de problemas: con el manual de solución de problemas para el paciente con asma se iban desarrollando cada uno de los tópicos de la estrategia de intervención (introducción, orientación al problema, lista de problemas, detección de barreras e identificación de problemas, elaboración y valoración de soluciones, toma de decisiones y puesta en marcha).

Evaluación pre-ejercicio de imaginación guiada.
Realización del ejercicio de imaginación guiada.
Evaluación post-ejercicio de imaginación guiada.

Cierre de sesión: se preguntaba sobre lo que había experimentado el paciente y la mejoría del ejercicio y se hacía énfasis en la práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada y el llenado del registro de síntomas y estado emocional.

MÓDULO 4: POST-EVALUACIÓN.

Evaluación Final: aplicación de entrevista final y HADS.

Cierre de sesión: énfasis en práctica diaria del ejercicio de imaginación guiada, se entregaron dos juegos de registros de síntomas para su llenado durante cuatro semanas.

Por último, se programó la sesión de seguimiento que sería cuatro semanas después.

MÓDULO 5: SEGUIMIENTO

Inicio: revisión de actividades de registro y retroalimentación. Evaluación: aplicación de entrevista de seguimiento, HADS, realización de flujometría (tres veces).

Cierre de sesión: agradecimiento por participar en la investigación.

Tabla 12.7. Descripción de módulos, estrategias y actividades para la intervención.

Resultados

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows, llevando a cabo análisis descriptivos para aspectos de la enfermedad y la prueba de los signos para resultados en el FEP y el HADS.

Variables relacionadas con la enfermedad

En lo que respecta a los aspectos clínicos de la enfermedad, en el pre-tratamiento la paciente tenía una severidad de asma moderada persistente, en el post-tratamiento una severidad de asma intermitente y al seguimiento una severidad de asma Intermitente.

Sus principales desencadenantes son: polvo, olores fuertes y sentirse ansiosa-estresada. En el año previo a la intervención solo acudió una vez a urgencias. Durante la intervención y el seguimiento no acudió en ninguna ocasión a urgencias. Durante el año previo acudió a atención médica por síntomas de asma en cuatro ocasiones y durante la intervención y el seguimiento no acudió en ninguna ocasión a atención médica por síntomas de asma.

En cuanto al auto-cuidado, no usa flujómetro y no llena diario de síntomas ni registro de medicamentos. Así mismo, reporta no haber recibido información sobre lo que es el asma, los cuidados que debe tener, el tratamiento, forma de administrarlos, el uso del flujómetro, qué hacer ante una crisis de asma ni aspectos psicológicos de la enfermedad.

Las áreas de la vida percibidas como más afectadas antes de la intervención fueron: trabajo,

familia, vida sexual, economía y estado de ánimo. En el post-tratamiento fueron: trabajo y economía. Y en el seguimiento, solo la economía.

Previo a la intervención, la paciente refirió sentirse totalmente estresada al tener síntomas de asma y al finalizar la intervención y durante el seguimiento, refirió no sentirse estresada durante la presencia de síntomas de asma.

En lo que respecta a la sintomatología de depresión y ansiedad, se muestran en la Tabla 12.8.

Pre-evaluación HADS-D	Post-evaluación HADS-D	P	Seguimiento HADS-D	P
3	1		0	
Pre-evaluación HADS-A	Post-evaluación HADS-A	P	Seguimiento HADS-A	P
16	8	0.002	8	-

Tabla 12.8. Puntuaciones en HADS pre, post y seguimiento.

Como se observa, la sintomatología de depresión no era una problemática para la paciente, no así la sintomatología de ansiedad que se identificó como desencadenante de síntomas de asma. Así mismo, en las puntuaciones obtenidas en el HADS sobre ansiedad se encontró un decremento importante y estadísticamente significativo entre la pre evaluación y la post evaluación. En esta misma línea, la puntuación obtenida en ansiedad en la post evaluación y mantenida en el seguimiento obedece a la presencia de síntomas de ansiedad, sin embargo, dichos síntomas ya no impactan de forma tan negativa a la paciente.

En lo que respecta a los valores obtenidos en el FEP (Tabla 12.9) se observa un incremento de la preevaluación a la postevaluación, siendo éste estadísticamente significativo. Este resultado es de gran relevancia ya que habla de una mejoría en el control de la enfermedad, así como un acercamiento a su FEP ideal de acuerdo a edad, sexo y estatura.

FEP pre	FEP pre (%)	FEP post	FEP post (%)	P	FEP seguimiento	FEP seguimiento (%)	FEP ideal
280	71	390	99	0.00	395	100.5	393

Tabla 12.9. Valores del FEP pre, post y seguimiento.

La tabla 12.10 muestra los porcentajes de síntomas psicológicos y de asma de la paciente durante un período de 12 semanas.

disminución de síntomas de ansiedad, ya que éstos se presentaban como consecuencia de los síntomas de asma evaluados de forma negativa y catastrófica. Por otro lado, el incremento estadísticamente signi-

Promedio de síntomas de asma por semana												
Semanas Síntomas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Despertar por molestias del asma	57	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Falta de aire	28	28	42	14	71	71	71	28	28	28	42	28
Tos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flemas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sibilancias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nariz tapada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moco nasal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Usé medicamentos adecuadamente	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cerca de desencadenante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cansancio al realizar alguna actividad	100	42	57	42	0	0	0	0	0	0	28	0
Camine sin cansarme	42	28	28	0	100	100	100	100	100	100	100	100
Realicé el ejercicio de relajación	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Usé medicamento de rescate	100	100	100	100	100	100	57	57	42	28	28	28
Me sentí ansioso	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Me sentí triste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingresé a urgencias												
Fui hospitalizado												

Tabla 12.10. Porcentaje de síntomas psicológicos y de asma.

Conclusiones referentes al caso

Se puede afirmar que la intervención psicológica fue efectiva para cumplir los objetivos planteados. Los principales resultados alcanzados se orientan a la

eficacia del FEP que se asocia con una mejoría en la función pulmonar y control del asma.

Presentó un cambio cualitativo en la severidad del asma, inicialmente moderada persistente, en el post-tratamiento una severidad de asma

intermitente y al seguimiento una severidad de asma intermitente; en las áreas de la vida percibidas como más afectadas; y en la percepción de estrés al presentar síntomas de asma.

Es recomendable y necesario un trabajo en conjunto entre especialistas médicos y psicólogos para el manejo del asma. Las estrategias de intervención psicológica favorecerían los comportamientos de auto manejo, la sensación de control y el desarrollo de diversas habilidades para enfrentar la enfermedad.

Conclusiones generales

Las guías de tratamiento para el asma son muy claras al respecto: si una persona sufre de asma y desea controlar su enfermedad, necesita contar con una serie de comportamientos que favorezcan su salud. Desde el punto de vista de la Medicina Conductual hablamos que los pacientes asmáticos son personas que van a necesitar estrategias de enfrentamiento que le permitan llevar a cabo una serie de comportamientos en beneficio de su salud.

El asma, como tantas otras enfermedades crónicas, puede ser un padecimiento limitante lo cual llega a ocasionar una serie de complicaciones conductuales y emocionales tanto para el paciente y su familia.

La Medicina Conductual tiene un amplio rango de acción, desde la prevención hasta la atención de diversas complicaciones de la enfermedad, y otras de tipo conductual y emocional.

Las intervenciones psicológicas implementadas en el contexto de la salud y principalmente las que se encuentran bajo el marco conceptual Cognitivo Conductual y de la Medicina Conductual, siempre resultan más beneficiosas cuando son llevadas a cabo a la par y en conjunto con el tratamiento médico. Esto debido a que en las enfermedades crónicas como el asma, se encuentran inmersos factores físicos, psicológicos y medioambientales; por lo tanto, se hace necesario un trabajo interdisciplinario para la atención a estos padecimientos (Reynoso, Seligson, Barrientos y Miranda, s/f).

Como se presentó en el capítulo y con los ejemplos de casos, existen diversas técnicas y aproximaciones conductuales y cognoscitivas para abordar problemas que presentan los pacientes asmáticos. ¿De qué dependerá la elección del tratamiento psicológico más adecuado? De hacer un análisis funcional de la conducta adecuado de cada paciente. Recordemos que la gran ventaja de la psicología y la medicina conductual es que podemos diseñar programas de tratamiento personalizados, así resultará beneficioso para el paciente en términos de reducirles gastos económicos y emocionales.

Muchas de las intervenciones aplicadas a estos pacientes utilizan diversas estrategias de intervención asociadas, todas buscando un ajuste psicológico sobre la enfermedad. No debemos olvidar que el papel del médico conductual debe ir encaminado a favorecer y asegurar un cambio en el comportamiento de los pacientes, es decir, una modificación en lo que acostumbraban hacer para manejar su enfermedad. Por ejemplo: leer y discutir sobre información del padecimiento, identificar causas de enfermedad, síntomas, tipos de medicamento y aspectos psicológicos, registrar síntomas, practicar ejercicios para favorecer la relajación, realización de flujometría, registrar el uso de medicamento, solucionar problemas concomitantes en otras áreas de su vida, etc.

Existe un gran campo de acción poco explorado por la Medicina Conductual como por ejemplo, capacitar al personal de salud que tiene los primeros contactos con el paciente y su familia, para que adquieran competencias que les permita informar, orientar y capacitar a pacientes y familiares en estrategias conductuales que fomenten el auto-cuidado basado en una verdadera psico-educación y lograr cambios de la conducta.

La Medicina Conductual para el tratamiento del asma está lista para responder antes las diversas problemáticas que se presentan: falta de adherencia, un pobre manejo de ansiedad y depresión, saber diferenciar entre ansiedad y ataques asmáticos, una adecuada percepción de la enfermedad, proveer de

psicoeducación a pacientes y familiares, educación a personal de salud para capacitar pacientes. Todo ello con efectos positivos como disminuir la automedicación y sobre medicación, reducir los costos económicos y emocionales a los pacientes y en general fomentar la adaptación a la enfermedad, contribuyendo a la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS

- Báez-Saldaña, R., Chapela-Mendoza, R., Herrera-Keingelher, L., Ortiz-Siordia, R. y Salas-Hernández, J. (2007). Desarrollo de un cuestionario para medir los conocimientos del paciente asmático en relación con su enfermedad. *Archivos de Bronconeumología*, 43, 248-55.
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R., y Sánchez-Sosa, J.J. (2009). Efecto de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1, 6-15.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Chiang, L., Ma, W., Huang, J., Tseng, L. y Hsueh, K. (2009). Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1061–1070.
- DeGood, D., Crawford, A. y Jongsma, A. (1999). Asthma. En: D. DeGood, A. Crawford y A. Jongsma (Aut). *The behavioral medicine planner* (pp. 29-36). Estados Unidos: Wiley.
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., Girbino, G., Bonini, S. y Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, 104, 22-28.
- Elliot, T. y Hurst, M. (2008). Social problem solving and health. *Biennial Review of Counseling Psychology*, 1, 287-306.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1978). Capítulo 1: Problemas de Salud y Trastorno Emocional en: *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- Epstein, G., Halper, J., Manhart, E., Birdsall, C., McGee, M., Baron, K. y Lowenstein, S. (2004). A pilot study of mind-body changes in adults with asthma who practice mental imagery. *Alternative Therapies*, 10(4), 66-70.
- Global Initiative for Asthma, GINA (2011). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*.
- Goodwin, R., Fergusson, D. y Horwood, L. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 34, 1465–1474.
- Greaves, C., Eiser, C., Seamark, D. y Halpin, M. (2002). Attack context: an important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. *Thorax*, 57, 217–221.
- Guillén Díaz Barriga, C. (2013). *Intervención cognitivo-conductual basada en solución de problemas para el control del asma*. Tesis de Posgrado. México: UNAM.
- Henry, M., de Rivera, J.L., Gonzalez-Martin, I.J. y Abreu, J. (1993). Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(3), 265-270.
- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management: A model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavior Medicine*, 25(3), 182-193.
- Hockemeyer, J. y Smyth, J. (2002). Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: Results of a controlled Study. *Behavioral Medicine*, 27, 161-172.

- Huntley, A., White, A. & Ernst, E. (2002). Relaxation therapies for asthma: a systematic review. *Thorax*, 57, 127-131.
- Islas, N. (2011). Reporte de experiencia profesional. *Efecto de una intervención cognitivo-conductual para el control del asma en pacientes mal controlados*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Islas, N., Fernández, M., Salas, J., e Islas, P. (2011). *Manual Educativo de Aspectos Médicos y Psicológicos para el Paciente con Asma*. UNAM: INER.
- Johnsen, E. y Lutgendorf, S. (2001). Contributions of imagery ability to stress and relaxation. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 273-281.
- Juárez, A. (2010). Reporte de experiencia profesional. *Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kostes, H., Bernstein, L., Bernstein, R., Reynolds, R., Korbee, L., Wigal, J., Ganson, E., Stout, C. y Creer, T. (1995). A self-management program for adult asthma. Part 1: Development and evaluation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 96, 529-540.
- Lahman, C., Nickel, M., Schuster, T., Saver, N., Ronel, J., Noll-Hussong, M., Tritt, K., Nowak, D., Rohricht, F. y Loew, T. (2009). Functional relaxation and guided imagery as complementary therapy in Asthma: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 233-239.
- Lehrer, P., Hochron, S., Mayne, T., Isenberg, S., Carlson, V., Lasoski, A., Gilchrist, J., Morales, D. y Rausch, L. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients prestabilized on asthma medication. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 1-24.
- Lehrer, P., Song, H., Feldman, J., Giardino, N. y Schmalting, K. (2002). Psychological aspects of asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 691-711.
- Lehrer, P., Vaschillo, E., Vaschillo, B., Lu, S., Scardella, A., Siddique, M. Y Habib, R. (2004). Biofeedback treatment for asthma. *CHEST*, 126, 352-361.
- Lehrer, P., Vaschillo, E., Lu, S., Eckberg, D., Vaschillo, B., Scardella, A. & Habib, R. (2006). Heart rate variability biofeedback: Effects of age on heart rate variability, baroflex gain, and asthma. *CHEST*, 129, 278-284.
- Louie, S. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11(3), 145-159.
- Lugo González, I.V. (2013). *Efecto de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre el estado emocional y síntomas de la enfermedad en pacientes asmáticos*. Tesis de Posgrado. México: UNAM.
- Mancuso, C., Peterson, M., Gaeta, T., Fernández, J., Birkhahn, R., Melniker, L. y Allegrante, J. (2010). A randomized controlled trial of self-management education for asthma patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 20, 1-10.
- Marabini, A., Brugnamì, G., Curradi, F. y Siracusa, A. (2005). Does an asthma education program improve quality of life? A two-year randomized trial. *Journal of Asthma*, 42, 577-581.

- Marabini, A., Brugnami, G., Curradi, F., Casciola, G., Stopponi, R., Pettinari, L. y Siracusa, A. (2002). Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*, 96, 993-998.
- Nathan, R., Christine, S., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J., Marcus, P., Murray, J. y Pendergraft, F. (2004). Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113, 59-65.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2007). National asthma education and prevention program. *Expert panel report 3: guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Recuperado de: <http://www.nhlbi.org>
- Opolski, M. y Wilson, I. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(18), 1-7.
- Overholser, J. (1991). The use of guided imagery in psychotherapy: Modules for use with passive relaxation training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21(3), 159-170.
- Peck, H., Bray, M. y Kehle, T. (2003). Relaxation and guided imagery: A school-based intervention for children with asthma. *Psychology in the Schools*, 40(6), 657-675.
- Perneger, T., Sudre, P., Muntner, P., Uldry, C., Courteuse, C., Naef, A., Jaquet, S., Nicod, L., Rochat, T. y Assal, J. (2002). Effect of Patient Education on Self-Management Skills and Health Status in Patients with Asthma: A Randomized Trial. *The American Journal of Medicine*, 113, 7-14.
- Regalado, P. y Vargas, M. (2005) Epidemiología del asma. En: J. Salas, R. Chapela, y M. Vargas (2005) *Asma: Enfoque Integral para Latinoamérica*. México: McGraw-Hill.
- Reynoso, L., Cortés, A., López, M., Guillén, C., López, M., Lugo, I., Paredes, E., y Rojas, J. (2009). *Manual de solución de problemas para padres*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reynoso, L., Seligson, I., Barrientos, I. y Miranda, F. (s/f). *Medicina Conductual: Un modelo de atención a la salud*. Documento no publicado.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 313-331.
- Sánchez Cervantes, C. (2014). *Retroalimentación biológica para el manejo de ansiedad, depresión y control del asma en adultos*. Tesis de Posgrado. México: UNAM.
- Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología (2012). *Información Epidemiológica de Morbilidad, Anuario 2011*. Versión Ejecutiva. Recuperado de: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Smith, L., Bosnic-Anticevich, S., Mitcivhell, B., Saini, B., Krass, I. y Armour, C. (2007). Treating asthma with self-management model of illness behavior in an Australian community pharmacy setting. *Social Science & Medicine*, 24, 1501-1511.
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A. y Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304-1309.
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. (2005). Consenso mexicano de asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 64(SI), S7-S44.
- Van Lieshout, R. y MacQueen, G. (2008). Psychological factors in asthma. *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, 4(1), 12-28.

Yorke, J., Fleming, S. y Shuldham, C. (2007). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101(1), 1-14. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2006.04.003>

Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

CAPÍTULO 13

Importancia de la Medicina Conductual en el abordaje psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA

María José Noguera Orozco y Brenda Pérez Terán

Introducción

La infección por VIH es una enfermedad crónica con una alta prevalencia a nivel mundial y con importantes repercusiones en el desarrollo biopsicosocial del paciente. Los objetivos del presente capítulo son realizar una breve descripción clínica del VIH y su impacto psicológico en el paciente, así como mencionar las principales intervenciones y explicar las técnicas cognitivo conductuales que se emplean y han demostrado su eficacia en el abordaje psicológico en esta población.

Descripción clínica del VIH

Una de las enfermedades emergentes que ha cobrado gran relevancia desde el inicio de la década de los 1980 por la alta mortalidad que causaba sobre la población, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) el cual es transmitido por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), un retrovirus cuya replicación inicia al hospedarse en los glóbulos blancos conocidos como linfocitos T CD4+, encargados de la activación y dirección de la respuesta inmune. El material genético de estos linfocitos es utilizado por el virus para su replicación.

De esta manera, al inicio el paciente puede presentar un periodo asintomático donde no se presentan signos visibles que denoten el desarrollo de la infección. Esta etapa es variable en tiempo y en

función de cada organismo, lo cual trae como consecuencia que las personas desconozcan que el virus se encuentra presente en su cuerpo, aumentando el riesgo de transmisión (Marks, Crepaz y Janssen, 2006), a través de las tres principales vías de infección (Orjuela, Almonacid y Chalá, 2009):

1. Transmisión sexual: incluido el sexo oral, vaginal y anal, ya que se aloja en fluidos pre-eyaculatorios, seminales y vaginales.
2. Transmisión vertical: es decir, de madre a hijo ya que el virus se transmite a través de la leche materna.
3. Transmisión parenteral: por medio de la sangre en las transfusiones, punciones accidentales de agujas o al compartir jeringas.

A medida que se incrementa el número de copias del VIH, decae la cuenta de células T CD4+, provocando una deficiencia en la respuesta del sistema inmune que vulnera el cuerpo y posibilita la aparición de infecciones oportunistas.

En el año 2008, la Centers for Disease Control and Prevention (CDC por sus siglas en inglés) propone una nueva clasificación basada en los signos y síntomas clínicos además del conteo de células T CD4+, la cual se muestra en la tabla 13-1.

A	B	C
Infección asintomática. Infección aguda. Linfadenopatía generalizada persistente.	Infección crónica sintomática, sin condiciones definitorias de SIDA: <ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis orofaríngea o vaginal mayor de un mes • Síndrome diarreico crónico y/o febril prolongado mayor de un mes • Baja de peso mayor de 10 Kg • Herpes zoster (más de un episodio) o más de un dermatoma Entre otras condiciones	Condiciones clínicas indicadoras de SIDA: <ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar. • Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> • Toxoplasmosis cerebral • Retinitis por citomegalovirus • Candidiasis esofágica, traqueal o bronquial • Encefalopatía por VIH • Sarcoma de Kaposi • Linfoma no Hodgkin

Tabla 13.1. Etapas de clasificación diagnóstica para el VIH/SIDA.

En este sistema actual, los pacientes se clasifican como etapa 3 (SIDA) si, en cualquier punto, tienen un recuento de T CD4+ inferior a 200 células/mm³ o un porcentaje de T CD4+ inferior a 14%, además de la documentación de una infección definitoria de SIDA.

Gracias al entendimiento de la replicación del virus y de las enzimas participantes en este proceso (transcriptasa reversa, integrasa, proteasa y polimerasa), la evolución de la medicina permitió diseñar antirretrovirales que bloquean y actúan sobre algunas de estas fases e interrumpir el proceso de réplica (InfoSIDA, 2005). Todo esto ha permitido que hoy en día se hable del control de una enfermedad crónica que sigue cobrando vidas pero que también es posible vivir con ella.

Epidemiología del VIH/SIDA

Aunque las enfermedades infecto-contagiosas ya no ocupan los primeros lugares en causa de mortalidad (Fauci y Morens, 2012) la infección por el virus de inmunodeficiencia humana sigue siendo un problema de salud pública, ya que la cifra mundial de personas que viven con VIH alcanzó durante el 2011 los 34 millones y el número de personas que fallecieron a causa del SIDA fue de 1.7 millones (World Health Organization, UNAIDS, UNICEF, 2011). Por otro lado, a nivel nacional el número de personas que

viven con VIH, alcanzó la cifra de 179,478 personas y los casos de SIDA notificados desde 1983 hasta el 2012 fueron de 159,411 personas (CENSIDA, 2012).

A lo largo de los años, se han diseñado tratamientos antirretrovirales que han permitido prolongar la vida de quien vive con el virus, lo cual la convierte más que en una enfermedad mortal en una enfermedad crónica, tal como lo señalan los datos de prevalencia durante el 2011, que representaron el 0.24% en el grupo de edad con mayor riesgo de infección que se sitúa entre 15 y 49 años (CENSIDA, 2012). A pesar de esto, recibir la noticia de vivir con VIH genera impacto en distintos niveles: físico, económico, social y emocional al tener que realizar cambios específicos en el estilo de vida.

Trastornos psicológicos asociados al VIH/SIDA

El VIH no sólo es un problema orgánico, sino que a la par involucra un grave impacto emocional en las personas que viven con VIH, sus familias y su entorno social. Es necesario subrayar que desde el punto de vista de la medicina conductual (Schwartz y Weiss, 1977), el papel de los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos han mostrado su importancia para el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de las enfermedades, por lo que el diseño e implementación de intervenciones bajo este enfoque se vuelve primordial.

Empíricamente se ha observado que las personas, desde el momento que han sido informados de su resultado positivo al VIH hasta y a lo largo de la enfermedad, en mayor o menor grado presentan algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables (Bogart et al., 2001; Jin et al., 2006). El paciente comúnmente enfrenta alguna o todas las siguientes etapas al recibir el diagnóstico (Miller y Bellack, 1993):

- a. Se centra en mantener el secreto del diagnóstico y se asocia a sentimientos de pena y estigma.
- b. Se caracteriza por una idea de desesperanza usualmente, acompañada de depresión.
- c. Al percibir el diagnóstico y tratamiento como amenazantes, se centra en la evitación, que involucra negación del diagnóstico y evitación del tratamiento.
- d. A partir de un mejor conocimiento, disminuye la resistencia y ocurre la aceptación del diagnóstico e inicio del tratamiento.

El conocer estas etapas facilita la atención psicológica del paciente para poder orientarlo de acuerdo a sus necesidades, tales como la búsqueda de atención médica y una futura adherencia terapéutica.

Estrés

Por otro lado, las personas que viven con VIH experimentan una amplia gama de estresores, en ocasiones relacionados o no con la enfermedad (Gore-Felton y Koopman, 2002; Roberts, Ciesla, Direnfeld y Hewitt, 2001). Del mismo modo, el estrés entre las personas con VIH puede impactar en su calidad de vida (Weaver et al., 2005), predecir síntomas depresivos (Wagner et al., 2011), influenciar la progresión de la enfermedad y pobres conductas de adhesión y mortalidad (Mayne et al., 1996; Leserman et al., 2002; Simoni et al., 2006).

Entre las preocupaciones que se expresan con mayor frecuencia se encuentran la revelación del diagnóstico a otros (Wohl et al., 2011), iniciar el tratamiento antirretroviral, así como los efectos

adversos del mismo y la progresión natural de la enfermedad, las cuales pueden acarrear miedo y nerviosismo (Nezu, Nezu y Geller, 2003; Kremer, Ironson, Schneiderman y Hautzinger, 2006; Horne, Buick, Fisher, Leake, Coope y Weihman, 2004).

Estudios prospectivos como el de Rabkin y Ferrando (1997), reportan que el distrés emocional suele ser más intenso durante los primeros meses de la infección por VIH y que los síntomas depresivos y ansiosos suelen disminuir en los siguientes meses, cuando se espera que el paciente se vaya adaptando a la enfermedad.

Independientemente del estadio de la enfermedad, otros factores de estrés comúnmente experimentados por las personas que viven con VIH incluyen el desafío de acceder a centros de salud donde reciban atención médica especializada, cubrir los costos de la atención y viáticos, disminución de redes de apoyo ya sea por rechazo debido al estigma asociado al VIH y en ocasiones experimentar el duelo asociado a la pérdida de sus seres queridos a causa del SIDA (Kalichman y Catz, 2000).

Aunque muchos de los desafíos que experimentan los pacientes hoy en día son similares a los antes experimentados antes de la introducción del Tratamiento Antirretroviral de Alta Actividad (TARAA), una serie de nuevas problemáticas han surgido al convertirse el VIH en una enfermedad crónica; por ejemplo, los pacientes deben comprometerse con una adherencia estricta y por tiempo indefinido, la preocupación por mantener un estado de salud física favorable, iniciar relaciones de pareja, llevar conductas sexuales protegidas, tener hábitos de vida saludables, conseguir un trabajo y ser independientes (Bogart et al., 2001; Rabkin y Ferrando, 1997). En ocasiones estos estresores son más fuertes que el diagnóstico ya que pueden estar acompañados de pensamientos fatalistas sobre el futuro que pueden precipitar desórdenes emocionales que requieran tanto de atención psiquiátrica como psicológica.

Depresión y ansiedad

Algunos autores mencionan que la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión es mayor en población con VIH que en población general, que disminuyen la calidad de vida y contribuyen a una mayor morbi-mortalidad (Schneiderman et al., 2001; Pence, Miller, Whetten, Eron y Gaynes, 2006; Berg, Michelson y Safren, 2007). En revisiones recientes indican que en el caso de la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general (Rabin, 2008) y aproximadamente la prevalencia de depresión es en promedio del 35% en pacientes con infección por VIH, tomando en cuenta los resultados de estudios internacionales del 2000 al 2010 (Wolff, Alvarado y Wolff, 2010).

Con lo que respecta a estudios en población mexicana, Galindo y Ortega (2010), evaluaron a 160 pacientes que viven con VIH con el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez. El 10.6% calificó con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada y 0.63% con depresión severa.

En otro estudio, realizado en la Ciudad de México en 2010, se aplicó la escala de Ansiedad Hospitalaria (HADS) a 150 pacientes de ambos sexos, que recientemente iniciaban su primer esquema de tratamiento antirretroviral, encontrando una prevalencia de sintomatología ansiosa del 56% y depresiva del 33% (Noguera, Caro-Vega, Crabtree, Vázquez y Sierra, 2012).

En un estudio español (Teva, Paz-Bermúdez, Hernández-Quero y Buena-Casal, 2005) encontraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad-estado en función del nivel de carga viral y en función de la lipodistrofia. La mayoría de los varones con VIH/SIDA mostró niveles de sintomatología depresiva. Sin embargo, en la mayor parte del grupo de mujeres no hubo rasgos de depresión.

Por otra parte, la depresión ha sido también descrita como un obstáculo a la adherencia terapéutica (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000; Remor y Ulla, 2002; Knobel et al., 2005). El trabajo de

Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares (2008) presenta resultados apoyando lo anterior en población mexicana. En su estudio con 64 participantes, encontraron que la combinación de niveles intermedios de estrés vinculado con la tolerancia a la ambigüedad y niveles bajos de depresión presentó una asociación significativa en los indicadores comportamentales involucrados en la adherencia al tratamiento (ver Figura 13.1.).

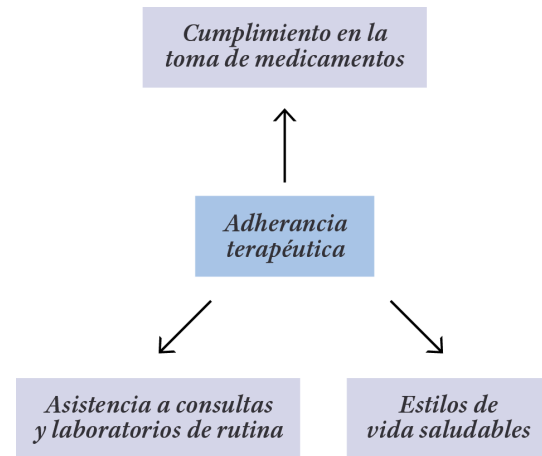


Figura 13.1. Indicadores comportamentales de la adherencia terapéutica.

Los síntomas depresivos han sido asociados a mayor uso y abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, entre ellas tener un mayor número de parejas sexuales, lo cual hace más probable la adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual (Hutton, Lyketsos, Zenilman, Thompson y Erbeling, 2004).

Cabe señalar que la incidencia de enfermedad psiquiátrica se encuentra significativamente elevada entre la población VIH+. Tomando como referencia un estudio español, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es de 5.2 – 22.9% frente a la población general VIH – que se encuentra entre 0.3 – 0.4% (Kindelán, Del amo, Martín, Saiz de la Hoya, Pulido y Laguna, 2002). Así mismo, son también frecuentes situaciones de comorbilidad por coinfección por virus de la hepatitis B o C o patología dual por el consumo concomitante de drogas. Muchas veces

los pacientes que presentan esta problemática psicosocial añadidos a su enfermedad por el VIH pueden presentar una menor adherencia al TARV (Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis, Squier, Wagener y Singh, 2000).

Ante tales problemas, no se descarta que haya una repercusión importante sobre la calidad de vida y bienestar social de las personas que viven con VIH (Schneiderman, et al. 2001). Atender los aspectos psicológicos en los pacientes con VIH-SIDA también incluye explorar los factores protectores como el apoyo social y la percepción de control. En un estudio español de Estéves- Casellas (2000), que evaluó variables psicosociales asociadas a la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH y bajo TARV, se concluye que la disponibilidad de apoyo social es una variable que influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento.

En este sentido Carrobles, Remor y Rodríguez (2003), tras un estudio con 229 hombres y mujeres de origen español y peruano, identificaron que entre los factores protectores contra la perturbación emocional están un enfrentamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto con la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto.

Por su parte, Remor, Carrobles, Arranz, Martínez-Donate y Ulla (2001) identificaron la presencia de una asociación significativa inversa entre la percepción de control y la perturbación emocional. Así mismo, la primera tiene un efecto predictor sobre la segunda. Es decir, las personas que tenían “la creencia de que uno puede determinar los propios estados internos y conductas, influenciando el propio entorno y/o causar consecuencias deseadas” (Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987, p.5) presentan niveles más bajos de desajuste psicológico.

Otra de las sintomatologías asociadas a la infección por VIH es la ansiedad que puede presentarse en cualquier momento de la enfermedad, pero es más común en los momentos pivote o críticos,

como el recibir el diagnóstico o comenzar con el tratamiento antirretroviral (O’Clerigh y Safren, 2008). Algunos síntomas como fatiga, problemas para dormir y cambios en el apetito, pueden confundirse con efectos secundarios de los antirretrovirales (Asch et al., 2003; Hofman y Nelson, 2006) haciendo que la ansiedad sea subdiagnosticada, por lo que es fundamental realizar un análisis funcional de la conducta y una buena detección (Fernández y Pedro, 2006).

En un estudio de tamizaje para ansiedad (Shacham, Morgan, Önen, Taniguchi y Turner, 2012) que incluyó 635 pacientes con diagnóstico de VIH, se reportaron niveles de ansiedad leve en 74% de la muestra, ansiedad moderada en el 12% y ansiedad grave en 11%. Entre los factores de riesgo que fueron más relevantes para la presencia de ansiedad estuvieron: ser joven, baja escolaridad, estar desempleado, no estar bajo tratamiento antirretroviral y ser fumador.

En el estudio realizado por Kempainen y colaboradores (2012) participaron 343 hombres y mujeres de Estados Unidos, Puerto Rico y Kenya con infección por VIH, encontraron que casi la mitad de la muestra presentaba ansiedad y de éstos el 58% de los participantes utilizaban estrategias de autocuidado para aminorar los síntomas como: ver televisión, hablarle a amigos o familiares, hablar con el proveedor de salud, rezar, hacer una caminata, hablarse a sí mismo, quedarse solo y relajarse, leer y cocinar. Estas estrategias tenían buenos resultados de efectividad que iban del 7.86 al 8.33. Otras estrategias no saludables que reportaron los pacientes para la disminución de la ansiedad fueron llorar, fumar marihuana, cigarro y tomar alcohol.

Se sabe que cierta ansiedad es necesaria y hasta en ocasiones considerada como una respuesta normal de adaptación, sin embargo, cuando es persistente, intensa y duradera, interfiere en la habilidad del paciente para manejar de forma efectiva la enfermedad (Antoni et al., 2006), ya que los pacientes con presencia de ansiedad suelen subestimar la mejoría clínica (Orlando, Tucker y Burnam, 2005).

La apropiada evolución y tratamiento de

síntomas psicológicos y psiquiátricos puede mejorar significativamente la calidad de vida del paciente y no dejarlo en desventaja. Lo anterior puede hacerse a través de intervenciones cognitivo-conductuales para la regulación emocional y modificación de las cogniciones disfuncionales como se ve en el siguiente apartado.

La presencia de niveles de ansiedad y depresión sin diagnóstico, ni tratamiento, en los pacientes con infección por VIH puede poner en riesgo la eficacia de las intervenciones (Scott-Sheldon y Kalichman, 2008), por lo que es importante considerar no sólo la prevalencia de estos trastornos sino también los factores psicosociales tanto protectores como los de riesgo, para el diseño e implementación de todo proceso terapéutico.

Intervenciones desde la Medicina Conductual en personas que viven con VIH

Las intervenciones conductuales derivadas a partir del análisis funcional de la conducta pueden impactar favorablemente sobre las principales variables psicosociales en personas que viven con VIH, así como observar su impacto sobre algunos marcadores biológicos, los cuales otorgan evidencia objetiva de la eficacia de dichas herramientas. En los siguientes apartados se revisan algunas de las estrategias con mayor eficacia según lo reportado en la literatura.

Adherencia al tratamiento

Aunque TARAA es actualmente la mejor estrategia para combatir la expansión del VIH a nivel mundial, se requiere una adherencia al tratamiento superior al 95% entre otras acciones de apoyo al mismo, demanda que debe realizarse de manera consistente y eficiente con el fin de lograr una supresión de la carga viral, la cual se considera como indetectable al estar por debajo de las 40 copias/mm³ del ARN viral, así como aumentar progresivamente el número de células T CD4⁺ del sistema inmune (Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009).

Los principales objetivos de TARAA de

Clínico
Mejorar la calidad de vida y la morbi-mortalidad.
Viroológico
Reducir de la viremia plasmática lo máximo posible durante el mayor tiempo posible.
Inmunológico
Alcanzar la reconstitución inmunológica cuantitativa (cifras normales de linfocitos CD4) y cualitativa (respuesta inmunespecífica).
Epidemiológico
Reducir la transmisión del VIH (transmisión perinatal, transmisión heterosexual y en grupos identificados como de alto riesgo).

Figura 13.3. Objetivos para el tratamiento antirretroviral.

acuerdo con las guías clínicas del 2010 para la terapia antirretroviral se muestran en la figura 13.3.

No obstante, una de las críticas que se han realizado al reportar la adherencia al tratamiento, es que generalmente los proveedores de salud, se limitan a confiar en la palabra del paciente durante la entrevista, por lo que es común que se documente en las notas médicas un porcentaje de adherencia mayor al que en realidad es, además de que los pacientes generalmente ocultan información sobre el uso y abuso de alcohol u otras drogas (Kenya, et al. 2013).

Por esta razón, los esfuerzos de la medicina conductual deben ir encaminados en buscar estrategias que promuevan las conductas de adhesión al tratamiento atendiendo las variables que dificultan este objetivo y conocer las ventajas que puede ofrecerle al paciente un comportamiento adherente, pues una vez que se logre alcanzar, lo siguiente es mantener la supresión viral o indetectabilidad.

Entre los resultados más favorables para las personas que viven con VIH al mantener una carga viral indetectable como consecuencia de este comportamiento adherente, se encuentra la

disminución del riesgo de transmisión del virus entre parejas serodiscordantes (la pareja se compone por una persona que vive con VIH y por otra persona que no) durante sus relaciones sexuales; siempre y cuando el paciente mantenga una adherencia superior al 95% y su carga viral se encuentre indetectable (Anglemyer, Rutherford, Baggaley, Egger, Siegfried, 2011). No obstante, aunque estos resultados puedan verse como alentadores, deben ser manejados con cautela, ya que aunque el riesgo es mínimo, continúa latente la posibilidad de transmisión y sigue siendo necesario promover el uso correcto del preservativo.

Al respecto, un estudio llevado a cabo en la India señala la relevancia de la terapia conductual al disminuir el comportamiento sexual riesgoso en parejas heterosexuales por medio de sesiones grupales tres veces por semana durante un mes, donde se abordaba el uso del preservativo por medio de la negociación y comunicación sexual, conocimiento acerca del VIH, solución de problemas y afrontamiento a través de técnicas cognitivo conductuales (Jones, Owens, Kumar, Cook y Weiss, 2013). Otros programas se han enfocado en realizar intervenciones donde se aborde: el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad y sus marcadores biológicos, intención de adherirse al tratamiento, educación sobre la salud y entrenamiento para la toma de decisiones (Nelsen et al., 2013).

Por otro lado, un meta-análisis de 19 ensayos controlados aleatorizados con adultos viviendo con VIH donde se evaluó la eficacia de las intervenciones conductuales para mejorar la adherencia, concluyeron que los pacientes en el brazo de intervención comparados con los que no la recibían eran más propensos a alcanzar más rápido niveles de adherencia por iguales o por arriba del 95% (OR 1.50, IC 95%: 1.16-1.94) y de alcanzar cargas virales indetectables (OR 1.25, IC 95%: 0.99-1.59) (Simoni, Pearson, Pantalone, Marks y Crepaz, 2006).

Dentro de los componentes identificados en las intervenciones con mayor éxito, Simoni et al., 2006, se encuentran aquellos que incluían informa-

ción didáctica sobre antirretrovirales, modificación de cogniciones, motivación y discusiones sobre las expectativas de la eficacia del tratamiento. Además, el tiempo bajo antirretrovirales y la formación de la persona que implementaba la intervención no se asociaron significativamente con los resultados.

Ickovics y Meade (2002) y Tuldra y Wu (2002) hacen una revisión del estado de arte sobre la adherencia a antirretrovirales y como recomendaciones principales para las intervenciones sugieren que se incluyan aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y sociales. Los primeros autores hacen hincapié en la importancia del vínculo de las ciencias médicas con las ciencias conductuales.

Así mismo el *AIDS Care Panel* en su más reciente guía clínica (Thompson et al. 2012) recomiendan que la consejería en adherencia debe incluir tamizaje, manejo y tratamiento de desórdenes mentales como la depresión, con una evidencia tipo IIA (alta y fuerte). Basan sus conclusiones en una revisión exhaustiva de las intervenciones realizadas para adherencia en VIH, donde destacan los ensayos controlados aleatorizados de terapia cognitivo-conductual en el brazo experimental (Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; Safren et al., 2009; Weiss et al., 2011).

Una de las intervenciones cognitivo-conductuales más renombradas en VIH para adherencia es la de Safren y cols. (1999, 2001) y que puede aplicarse a todas las enfermedades médicas y psicológicas es *Life Steps Program* o Programa de Pasos Vitales, está basada en los modelos de Creencias de Salud (*Health Belief Model*) y de auto eficacia (*Self Efficacy Model*).

La intervención tiene 11 pasos: 1) Introducción y psicoeducación, 2) asistencia a citas, 3) comunicación con el médico, 4) manejo de efectos adversos, 5) obtención de medicamentos, 6) horario concreto de toma y dosis de antirretrovirales, 7) almacenamiento de medicamentos, 8) recordatorios, 9) imaginación guiada, 10) manejo de olvidos y 11) repaso.

Es deseable que en una fase subsecuente de esta intervención se incluyan estrategias para prevención de recaídas, como las llamadas telefónicas

para recordatorio o las sesiones de seguimiento.

Algunas estrategias conductuales incluyen el uso de recordatorios como, pastilleros, registros, alarmas, listas de chequeo diarias, calendarios, etc.). No obstante, cada intervención debe tomar en cuenta las necesidades específicas del paciente y hacerse “a la medida” (Rabkin y Chesney, 1999), dentro de las cuales pueden incluirse los recursos cognitivos y las redes de apoyo social con las que cuenta el paciente.

Por último, la importancia clínica de la adherencia terapéutica ha llamado la atención de la investigación psicológica y ha sido un objetivo de intervención y a la vez un gran reto clínico. Para mayor información véase la Tabla 13.4. donde se muestra un resumen de intervenciones recientes basadas en evidencia con mayor impacto en la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH.

Manejo del estrés y la ansiedad

Al vivir con VIH las personas tienen que enfrentar una serie de situaciones que están asociadas a la enfermedad, así como estresores de la vida más generales asociados con una enfermedad crónica altamente estigmatizada. Es por esto que para mejorar la capacidad de enfrentar estos retos al vivir con VIH, se han implementado una serie de intervenciones para el manejo del estrés, las cuales se apoyan en su mayoría, en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, según lo refiere una revisión sistemática de intervenciones para el manejo del estrés (Brown y Vanable, 2008). Las técnicas cognitivo conductuales las que ofrecen resultados más eficaces, además de que son pocas las intervenciones centradas en las necesidades psicosociales de los pacientes al usar formatos más breves y considerarse costo-efectivas.

Algunos estudios científicos muestran la interacción de las hormonas del estrés, cortisol y norepinefrina, sobre la capacidad del VIH de infectar a las células T CD4+ ya que proveen una relación entre el estrés psicológico y las consecuencias en la salud (Schneiderman, Ironson y Siegel, 2005; Markhman, Salahuddin, Veren, Orndorff y Gallo, 1986). Con el

fin de disminuir los elevados niveles de cortisol en personas que experimentan algún grado de estrés, el uso de distintas técnicas de relajación y estrategias cognitivo conductuales a través de la terapia grupal, han mostrado tener efectos clínicamente significativos (Jones, Owens, Kumar, Cook y Weiss, 2013) en la calidad de vida de los pacientes, al disminuir el estrés percibido, facilitar el afrontamiento orientado a la solución de los problemas, modificar la apreciación cognitiva así como la disminución de la respuesta de activación del sistema nervioso simpático y la liberación del cortisol en la corteza adrenal (Schneiderman et al., 2005).

Uso de alcohol y otras sustancias

El uso y abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas, es un foco de atención en personas que viven con VIH y que interfieren con la adherencia al tratamiento. Un estudio realizado en Miami, Florida señala que un tercio de sus pacientes dejan de tomar el tratamiento antirretroviral debido a la planeación del uso de alcohol o la intención de beber más durante el fin de semana. Hoy en día la evidencia muestra que el suspender el medicamento antirretroviral puede favorecer la resistencia a la terapia antirretroviral (Kenya et al, 2013).

Con la intención de observar la eficacia de intervenciones realizadas en usuarios de drogas que están bajo una terapia antirretroviral combinada, Binford, Kahana y Altice (2012) realizaron una revisión sistemática de 45 estudios controlados aleatorizados, en la cual las terapias de administración de antirretrovirales, la terapia de medicación asistida, el manejo de contingencias, las intervenciones multi-componente e intervenciones dirigidas por enfermería, mostraron un impacto favorable a corto plazo sobre la viremia y la adherencia; aunque no lograron mantenerse estos efectos una vez terminada la intervención. Por el contrario, la terapia cognitivo conductual y la entrevista motivacional mostraron mejoría clínica.

Nombre del estudio	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados
ATHENA Adherence Through Home Education and Nursing Assessment	Williams, Fen- nie, Bova, Bur- gess, Danvers et al. (2006)	Mejorar la adhe- rencia a la terapia antirretroviral.	N = 171, aleatoria- mente asignados a 2 grupos: de trata- miento ATHENA y tratamiento usual.	El grupo de interven- ción mostró mayor adherencia a com- paración del grupo comparativo, después de 12 meses de iniciar la intervención.
DAART Directly Adminis- tered Antiretroviral Therapy for Drug Users	Altice, Maru, Bruce, Sprin- ger & Fried- land (2007)	Mejorar la adhe- rencia a la terapia antiretroviral. Reducir la carga viral. Incrementar la cuen- ta de células T CD4+	N = 141, aleatoria- mente asignados 2:1 en uno de los dos grupos: tratamiento con DAART o al tratamiento usual.	Después de 6 meses de iniciar el trata- miento, el grupo con DAART logró éxito viroológico.
DAART-Metadona Directly Administe- red Antirretroviral Therapy in a Metha- done Clinic	Lucas, Mullen, Weidle, Hader, McCaul et al. (2006)	Mejorar la adhe- rencia a la terapia anti- retroviral. Mejorar la respuesta virológica e inmune a la terapia antiretroviral.	N = 891 aleatoria- mente asignados a 2 grupos: de trata- miento DAART y tratamiento compa- rativo para: usuarios de metadona UDI*, usuarios de metado- na no UDI y no UDI	Decremento en la carga viral significa- tivamente mayor en el grupo DAART que en el grupo de me- tadona UDI, logran- do supresión de la carga viral después de transcurridos 6 meses a partir del inicio de tratamiento.
HEART Helping Enhance Adherence to anti Retroviral Therapy	Koenig, Pals, Bush, Pratt Pal- more, Stratford et al. (2008)	Mejorar la adhe- rencia inicial a la terapia antiretroviral. Me- jorar los resultados viroológicos (carga viral)	N=236 personas, aleatoriamente asig- nados a 2 grupos: in- tervención HEART o tratamiento estándar mejorado.	A los tres meses des- pués de iniciar el tra- tamiento, se reportó en el brazo HEART una adherencia ≥90%
In the Mix	Kalichman, Cherry, Kalich- man, Amarai, White et al. (2011)	Mejorar la adhe- rencia al medicamento antiretroviral. Reducir las conduc- tas de riesgo para transmisión sexual. Reducir las creencias de compensación concernientes a la indetectabilidad del VIH.	N=436, aleatoria- mente asignados a 2 grupos: interven- ción In The Mix o al control.	A los tres meses des- pués de la interven- ción el grupo In The Mix reportó menos sexo no protegido en- tre parejas sero-con- cordantes.

Nombre del estudio	Autores	Objetivos	Metodología	Resultados
Pager Messaging	Simoni, Huh, Frick, Pearson, Andrasik et al. (2009)	Mejorar la adherencia a la terapia antiretroviral. Mejorar los resultados clínicos (carga viral y cuenta de T CD4+)	N=226, aleatoriamente asignados a 1 de 4 grupos: apoyo por pares, mensajes por localizador, apoyo por pares y mensajes por localizador y/o tratamiento usual.	El grupo que recibió mensajes a través de un localizador, disminuyó significativamente la carga viral a comparación de aquellos grupos que no recibieron mensajes de un localizador.
SMART Couples Sharing Medical Adherence Responsibilities Together	Remien, Stirratt, Dolezal, Dognin, Wagner et al. (2005)	Mejorar la adherencia a la terapia antiretroviral. Incrementar el apoyo social para lograr la adherencia a la terapia antiretroviral y reducción de riesgo. Atender las preocupaciones de transmisión sexual a la pareja sero-discordante. Atender las preocupaciones de índole sexual e intimidad en la pareja sero-discordante.	N=215 parejas aleatoriamente asignadas a 1 de 2 grupos: SMART o tratamiento usual.	La proporción de toma de medicamentos prescritos después de tres meses a partir del término del tratamiento, fue significativamente mayor en el grupo SMART que en el grupo de tratamiento usual, al obtener una adherencia mayor al 90%.

Tabla 13.4. Intervenciones conductuales basadas en evidencia para promover adherencia al medicamento.

Nota: *UDI: Usuarios de Drogas Intravenosas. Adaptación del Compendio de Intervenciones Conductuales Basadas en Evidencia para VIH, de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento psicológico de personas que viven con VIH

Teniendo en cuenta que la infección por VIH/SIDA actualmente tiene un carácter crónico, se hace indispensable la intervención en los principales objetivos de tratamiento:

- Promover adaptación a la enfermedad
- Fomentar comportamientos y estrategias de enfrentamiento saludables
- Manejar alteraciones emocionales, principalmente ansiedad y depresión
- Promover la adherencia al tratamiento.

Siendo éste el enfoque que ha tenido mayor evidencia para demostrar su eficacia (Côte, Godin, García, Gagnos y Rouleau, 2008) se enlistan las principales técnicas utilizadas y una breve reseña de cada una desde el campo del VIH/SIDA:

- Psicoeducación
- Técnicas cognitivas
- Técnicas conductuales
- Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas
- Modalidades de intervención grupal y familiar

Psicoeducación

La psicoeducación consiste en la entrega de información al paciente en aspectos referidos a su problemática, a manera de capacitarlo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar situaciones conflictivas (Nezu et al., 2003). Esta técnica es fundamental ya que le permite al individuo entender su enfermedad, incrementar la credibilidad, la confianza y expectativas en el tratamiento.

La psicoeducación puede ser proporcionada ya sea por el médico especialista, la trabajadora social o por psicólogos. La información debe incluir la naturaleza del VIH, el tratamiento y sus efectos secundarios, indicaciones orales y escritas que contengan el nombre del medicamento y la hora en la que debe ingerirse, la eficacia del tratamiento, las consecuencias de fallas y olvidos en las tomas. Lo más indicado es que estas estrategias se implementen en los pacientes antes de que comiencen su régimen (Wainberg y Cournos, 2000).

Chesney y su equipo (2000) encontraron que la psicoeducación es un elemento crucial en las

intervenciones de adherencia. Los pacientes que no tenían clara la relación entre el olvido de dosis y el desarrollo de resistencia a los antirretrovirales eran más propensos a presentar una mala adherencia. Así mismo, identificaron que los pacientes con educación limitada y analfabetas presentaban mayores confusiones en cuanto a la toma adecuada de dosis y se les dificultaba llevar un registro de su adherencia.

Las estrategias educativas por si solas no son suficientes para todos los pacientes (Nezu, et al., 2003). Lo más apropiado es la implementación de programas multimodales y multidisciplinarios.

Un programa enfocado a promover la adherencia terapéutica ideado por Safren, Otto y Worth (1999) utiliza entre sus estrategias la psicoeducación como uno de los pasos vitales a seguir en la adquisición de habilidades que le permitan al paciente enfrentar y resolver de forma práctica las adversidades percibidas para lograr adherirse al tratamiento anti-retroviral. La figura 13.3 presenta algunas sugerencias para tomar en cuenta en la adhesión a la toma de medicamento.

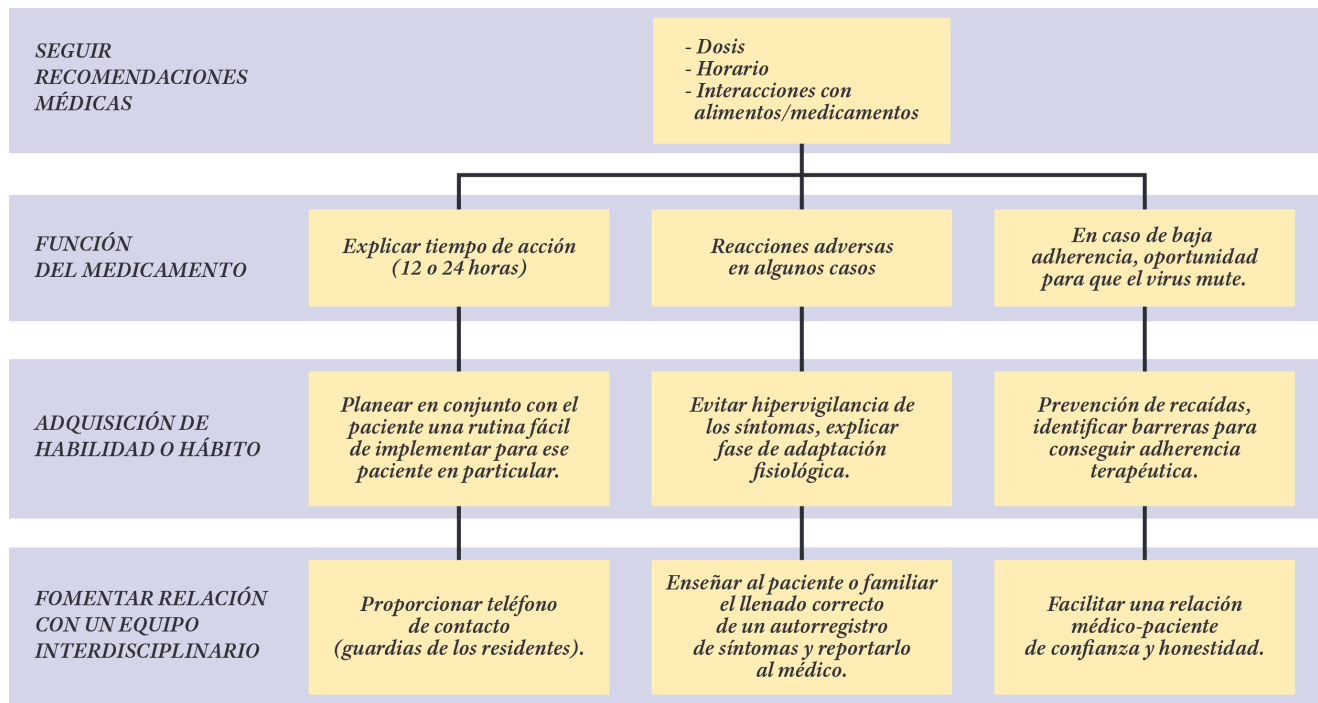


Figura 13.2. Sugerencias de algunos aspectos a cubrir al implementar la técnica de psicoeducación para lograr adherencia en la toma del medicamento.

Técnicas cognitivas

La terapia Cognitivo Conductual se basa en intervenciones estructuradas con técnicas específicas para promover la adquisición de nuevas habilidades para la modificación tanto de conductas como pensamientos y creencias que puedan propiciar estados afectivos negativos como ansiedad y depresión (Basu, Chwastiak y Bruce, 2005). Se caracterizan por estar diseñadas especialmente para las necesidades del paciente o la población en cuestión.

La infección por VIH es un evento que podría activar en las personas actitudes disfuncionales o esquemas inadaptativos de pensamiento, por el hecho de percibir su vida amenazada o en peligro. Algunos ejemplos de distorsiones cognitivas más comunes encontradas en personas que viven con VIH pueden ser:

“Esto no debió haberme pasado a mí”

Perfeccionismo

“Me lo merezco, soy totalmente culpable”

Personalización

“Mi vida no volverá a ser la misma” *Catastrofización*

“Sí el me rechazó, todos lo harán” *Generalización*

Las técnicas más utilizadas para la modificación de estos pensamientos y buscar alternativas que sean más funcionales, suelen ser la distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, encontrar un significado adaptativo a la enfermedad (reevaluación) y se sugiere el uso de registros de pensamientos disfuncionales para su detección.

Técnicas conductuales

Para las técnicas conductuales es necesario identificar aquellas áreas de la vida del individuo que no estén siendo funcionales para poder hacer un planteamiento de metas. Empezando por las metas de mayor acceso y que sean más fáciles para el paciente. Conductualmente, se establecen jerarquías de dominio y agrado, es decir actividades que el paciente pueda hacer y disfrute hacer. Posteriormente, se pide que los ensayos conductuales sean más complejos.

En el caso de un programa de actividades placenteras los elementos principales en el programa son: la elaboración de un plan de compromiso de desarrollo de actividades placenteras, instrumentación de un programa de auto-consecuencias para el cumplimiento de pequeñas actividades placenteras y la elaboración e instrumentación de un plan de compromiso para desarrollar actividades sociales.

Para sintomatología depresiva, la estrategia de activación conductual es la más recomendada. La autorregulación por medio de la relajación como respiración diafragmática y retroalimentación biológica es útil para reducir síntomas de estrés y ansiedad.

El autocontrol es una técnica que implica la acción a nivel conductual, pero requiere de una capacidad cognitiva, está encaminada a prevenir respuestas tanto fisiológicas, emocionales y conductuales. En VIH es recomendable para el manejo de emociones fuertes, el mantener hábitos de vida saludables y mantener la adherencia.

A continuación se presenta un caso clínico que ilustra la utilización de algunas técnicas.

Masculino 36 años, hace 4 meses recibió el diagnóstico positivo de VIH, no presenta mayores síntomas físicos asociados al desarrollo de la enfermedad. Ya comenzó tratamiento antirretroviral y no ha presentado problemas de adherencia. Acude a consulta ya que últimamente se siente “desganado”, llora fácilmente, evita las situaciones sociales, está irritable y duerme más horas de lo común. En el Inventario de Depresión de Beck puntúa con 21 haciendo referencia a síntomas moderados de depresión.

Tras haberle explicado el modelo cognitivo-conductual y que el paciente comprendiera cómo su inactividad y aislamiento estaba manteniendo su sintomatología depresiva, se decidió iniciar con técnicas de activación conductual en las cuales el paciente involucra actividades de placer (que impacten en su estado anímico) y de dominio (que impacten en autoeficacia).

De esta forma, el paciente estableció sus propias metas de acuerdo a las actividades que disfrutaba antes de sentirse desganado y se estableció como meta inicial levantarse temprano todos los días para realizar primero 15 minutos de ejercicio para posteriormente incrementar el tiempo de forma gradual y convertirlos en 30 minutos (esto según el grado de dominio y placer que el paciente fuera experimentando). Su siguiente meta fue tener un desayuno saludable todos los días y evitar faltar al trabajo. La psicóloga junto con el paciente acordaron que por lo menos cada 15 días, debía aceptar una invitación o proponer una reunión social. Después de un mes y tras cumplir con sus metas, se aplicó nuevamente el Inventario de Depresión de Beck y sus síntomas habían reducido al nivel leve. Se procuró que el paciente tuviera un reforzador social e invitó a un amigo a la consulta con el fin de recibir apoyo y motivación. Una vez que el paciente tenía un estado de ánimo más estable y se fortaleció la red de apoyo social, se inició la técnica de reestructuración cognitiva, por medio de la cual se asoció la soledad percibida por el paciente con una situación de rechazo que había vivido al revelar el diagnóstico a su pareja. El plan de tratamiento se continuó del mismo modo hasta la remisión de síntomas.

Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas

Este tipo de entrenamientos facilitan la integración de la enfermedad en la vida cotidiana del paciente. Desde tomar sus antirretrovirales enfrente de otras personas o revelar el diagnóstico a una potencial pareja. Ambos son entrenamientos que siguen una metodología de pasos.

Como estrategias complementarias a la solución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales, modelado, ensayo conductual, reforzamiento positivo y retroalimentación; buscan facilitar las interacciones con el grupo y/o pareja, así como ampliar la red de apoyo social en el paciente de tal

manera que se puedan incrementar las alternativas que perciba la persona para resolver alguna situación en particular.

De esta forma, el paciente que vive con VIH adquiere habilidades necesarias para realizar los comportamientos de prevención como, abordar el tema del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual con su pareja y negociar el uso del preservativo en las prácticas sexuales.

Por otro lado, la técnica de solución de problemas creada por D'Zurilla y Goldfried (1971) sugiere 5 pasos para alcanzar soluciones nuevas a cualquier tipo de problema. Involucra orientación al problema, definición del problema, lista de alternativas, valoración de las consecuencias, comprobación. Este modelo ha sido aplicado en adherencia al tratamiento antirretroviral (Johnson & Elliot, 2006) ya que permite identificar estilos disfuncionales de resolución de problemas. Lo que puede ser un predictor de depresión y otros indicadores de desadaptación a la enfermedad (Elliot, Grant y Miller, 2004).

El siguiente caso ejemplifica la técnica de solución de problemas.

Paciente masculino de 31 años de edad, soltero, empleado, con diagnóstico reciente de VIH, inició tratamiento antirretroviral hace 1 semana, tras obtener resultados de laboratorio con una cuenta de T CD4+ de 200 cel/mm³ y una carga viral detectable de 1,000,000 copias/ml, es referido por su médico tratante al servicio de psicología por presentar insomnio, inestabilidad emocional y cansancio. Al realizar evaluación del estado mental, se identifican síntomas que ameritan una valoración por parte de psiquiatría con el fin de regular el estado emocional y mejorar la calidad del sueño fisiológico. Se realiza Análisis Funcional de la Conducta (AFC) y se agenda cita posterior a su valoración psiquiátrica. Una vez que fue valorado y que inició tratamiento psiquiátrico, se le devolvió lo analizado por medio del AFC. Se encuentra que el paciente realiza cenas con alto contenido de

grasas tomando a la mitad de ésta el medicamento antirretroviral, se desvela realizando trabajos que requieren mucha concentración, dejándolos inconclusos debido al cansancio que refiere y tiene pensamientos como: “el tratamiento no sirve de nada”, “para qué lo tomo si de todas formas me voy a morir”, “no me quiero morir”, “estoy solo”, además de que siente desesperación, soledad y desesperanza, cuando consigue dormir despierta debido a las pesadillas que presenta. Todas estas conductas se han presentado desde el diagnóstico y ocurren con mayor frecuencia por las noches o durante el día, al escuchar comentarios negativos hacia las personas que viven con VIH por parte de su familia, mientras permanece en la cama tratando de dormir. Como consecuencia, el paciente refiere sueño, cansancio físico, náuseas, mareos, “sueños vívidos” y aislamiento social, decidiendo abandonar el tratamiento. De continuar con esta situación, se le explica que su carga viral puede seguir en aumento, debilitarse su sistema inmunológico y vulnerar su cuerpo ante una infección oportunista que le lleve a desarrollar SIDA. Se le explica que dentro de su historia de aprendizaje, él tiende a sacar conclusiones rápidas, catastróficas y negativas ante un problema, lo cual trae como resultado abandonar proyectos por lo que aprendió un estilo evitativo, mismo que es mantenido porque a corto plazo se interrumpen todas las consecuencias negativas. Se pide retroalimentación de este análisis y el paciente aporta otros ejemplos en los cuales se observa esta tendencia a evitar solucionar los problemas (orientación al problema), mostrándose dispuesto a saber de qué forma puede cambiar este patrón. Se inicia con la explicación de que tanto los tratamientos antirretrovirales como los psiquiátricos, requieren de un periodo de adaptación fisiológica, por lo que era indispensable no interrumpir el tratamiento. La intensidad de los efectos producidos por el medicamento que está tomando se intensifican si se mezclan al mismo tiempo con cenas muy pesadas

y grasosas, por lo cual es importante realizar cenas más ligeras y tomar el medicamento como su médico le indicó esto es, una hora después de haber cenado. El paciente accede realizar estos cambios pero aún se encuentra dudoso de que el tratamiento funcione. Ante la falta de credibilidad se le ayuda a generar alternativas que le permitan confiar en la efectividad del tratamiento. Dentro de las alternativas generadas están: hablar con su médico tratante, investigar los efectos de los tratamientos, hablar con otros pacientes, mentirle al personal de salud sobre la toma del medicamento. Se valoran las consecuencias de cada una de las alternativas y el paciente se muestra más interesado en asistir al grupo de apoyo y escuchar a otros pacientes. El paciente asiste al grupo y escucha las diversas experiencias de sus integrantes quienes también le comparten sus niveles de carga viral y cuenta de T CD4+, observando que muchos de ellos se encuentran en indetectabilidad. Se abordan en grupo las ventajas de permanecer indetectable. El paciente acuerda con el grupo y la psicóloga retomar el tratamiento y asiste semanalmente a las sesiones. Después de haber transcurrido un tiempo, el paciente comparte en grupo sus últimos resultados de laboratorio de carga viral indetectable, refiere que el tratamiento psiquiátrico le ha permitido conciliar y mantener el sueño, cambió las cenas grasosas por otras más ligeras, evita desvelarse con la televisión y su estado de ánimo mejoró notablemente. Se continuará seguimiento para el mantenimiento de la técnica ante una situación problemática.

Modalidades de intervención grupal y familiar

Otro elemento de utilidad son las intervenciones grupales (Pomeroy, Kiam y Green, 2000). Desde el enfoque cognitivo-conductual este tipo de intervenciones tienen una naturaleza educativa, en ellas se busca el papel activo de los participantes para la discusión y confrontación de los temas relacionados a la infección, las creencias irracionales que pueden ge-

nerar miedo, tristeza, culpa, entre otras emociones. En terapia grupal el psicólogo adopta un papel de moderador y guía, procurando que los participantes definan que temas abordar o que se sientan en confianza para compartir sus experiencias en torno al vivir con VIH.

Catz et al. (2000) sugieren que las intervenciones para adherencia deben incluir el fortalecimiento de redes de apoyo social, esto puede hacerse por medio de intervenciones a la familia en donde se les sensibilice acerca de la enfermedad y las necesidades del paciente. Es importante mencionar que para realizar una intervención familiar, que suele ser una única sesión, se debe pedir el consentimiento del paciente.

Conclusiones

La infección por VIH/SIDA es considerada actualmente una enfermedad crónica, gracias a los avances y eficacia de los tratamientos antirretrovirales existentes. Estos ofrecen una mejoría en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes. Sin embargo, el papel del paciente se vuelve sumamente activo por lo que se recomienda que las intervenciones psicológicas vayan dirigidas a reforzar estrategias o habilidades en el paciente y regular estados emocionales para lograr una adecuada adaptación a la enfermedad. En esta área, la terapia cognitivo-conductual, específicamente la medicina conductual ha jugado un papel importante al sustentar con evidencia empírica la eficacia de sus intervenciones en población con VIH/SIDA, representando una gran ventaja sobre otro tipo de enfoques.

La medicina conductual ha jugado un papel importante al sustentar con evidencia empírica la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales en VIH/SIDA, esto representa una gran ventaja sobre otro tipo de enfoques ya que también permite el trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario.

REFERENCIAS

- Altice, F.L., Maru, D.S-R., Bruce, R.D., Springer, S.A., y Friedland, G.H. (2007). Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 45, 770-778.
- Anglemyer, A., Rutherford, G.W., Baggaley, R.C., Egger, M. y Siegfried, N. (2011). Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. *Cochrane database of systematic reviews Online*, 5(5), CD009153. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833973>
- Antoni, M., Carrico, A., Durán, R., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., Fletcher, M.A., Klimas, N. y Schneiderman, N. (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(1),143-151.
- Asch, S., Kilbourne, A., Gifford, A., Burnman, M., Turner, B., Shapiro, M.F. y Bozzette, S.A. HCSUS Consortium. (2003). Underdiagnosis of Depression in HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 18(6), 450-460.
- Basu, S., Chwastiak, L. y Bruce, D. (2005). Clinical management of depression and anxiety in HIV-infected adults. *AIDS*, 19(18), 2057-2067.
- Berg, C., Michelson, S. y Safren, S. (2007). Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use and HIV transmission behaviors. *Infectious Diseases Clinicians of North America*, 21(1), 181-200.

- Berger, S., Schad, T., von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H., Regli, D., Vernazza, P., Ledergerber, B., Battegay, M., Weber, R. y Gaab, J. (2008). Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS*, 22, 767-75.
- Binford, M., Kahana, S. y Altice, F. (2012). A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV-infected people who use drugs. *Current HIV/AIDS Reports*, 9(4), 287-312. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11904-012-0134-8>
- Bogart, L.M., Catz, S.L., Kell, J.A, Grey-Bernhardt, M.L., Hartman, B.R., Otto-Salaj, L.L., Kack, K.L. y Bloom, F.R. (2001). Psychological Issues in the era of new AIDS treatments from the perspective of persons living with HIV. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 500-516.
- Brown, J. & Venable, P.A. (2008). Stress Management Interventions for Persons Living with HIV: A Review and Critique of the Literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 26-40.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, Apoyo Social Percibido y Distrés Emocional en Pacientes con Infección por VIH. *Psichotema*, 15(3), 420-426.
- Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M. Benotsch, E.G., y McAuliffe, T.L. (2000). Patterns, Correlates, and Barriers to Medication Adherence among Persons prescribed New Treatments for HIV Disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Centers for Disease Control and Prevention (2008). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years - United States. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-10),1-13.
- CENSIDA (2012). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro nacional de casos de SIDA: Censida. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30sept2012pub.pdf
- Chesney, M.A., Ickovics, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Neiding, J. y Zwickl B. (2000). Selfreported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials. The AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the adult. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.
- Côte, J., Godin, C., García, P., Gagnon, M. y Rouleau, G. (2008). Program development for enhancing adherence to antiretroviral therapy among persons living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 92(12):965-975.
- D’Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Elliott, T.R., Grant, J.S. y Miller, D. (2004). Social problem solving abilities and behavioral health. In: Chang E, D’Zurilla TJ, Sanna LJ, editors. *Social problem solving: Theory, research, and training*. American Psychological Association; Washington, D.C. pp. 117-133.
- Estéves-Casellas, C. (2000). *Variables psicossociales asociados a la adhesión terapéutica en pacientes con infección por VIH en tratamiento antirretroviral de alta eficacia*. Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante. Tesis doctoral no publicada.
- Fauci, A. S. y Morens, D. M. (2012). The perpetual challenge of infectious diseases. *The New England Journal of Medicine*, 366(5), 454-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1108296>
- Fernández F. y Pedro, R. (2006). *Psychiatric Aspects of HIV/AIDS*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins.

- Galindo, S. y Ortega, R. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH-SIDA en el Hospital General de Zona 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social Lic. Ignacio Díaz Tellez. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 30(4), 129-133.
- Gore-Felton, C. y Koopman, C. (2002). Traumatic Experiences: Harbinger of Risk Behavior Among HIV-Positive Adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(4), 121-135.
- Hofman, P. y Nelson, A. (2006). The pathology induced by highly active antiretroviral therapy against human immunodeficiency virus: an update. *Current Medicine Chemistry*, 13, 3121-3132.
- Horne, R., Buick, D., Fisher, M., Leake, H., Cooper, V. y Weinman, J. (2004). Doubts about necessity and concerns about adverse effects: identifying the types of beliefs that are associated with nonadherence to HAART. *International Journal of STD & AIDS*, 15(1), 38-44.
- Hutton, H., Lyketsos, C., Zenilman, J., Thompson, R. y Erbeling, E. (2004). Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Psychiatry*, 161, 912-914.
- Ickovics, J. y Meade C. (2002) Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioral and biomedical sciences. *Journal of Acquired Immune Syndrome*, 31 (Suppl 1), S98-102.
- Infosida (2005). Ciclo de vida del VIH. Recuperado de: <http://files.sld.cu/sida/files/2011/08/ciclodevidadelvih-infosida-2005.pdf>
- Jin, H., Atkinson, J., Yu, X., Heaton, R.K., Shi, C., Marcotte, T.P., Young, C., Sadek, J., Wu, Z. y Grant, I. HNRC China collaboration group. (2006). Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*, 94, 269-275.
- Johnson, M.O. y Elliot, T.R. (2006). A Social Problem Solving Model of Adherence to HIV Medications. *Health Psychology*, 25(3), 355-363. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.355>
- Jones, D., Owens, M., Kumar M., Cook, R. & Weiss, S.M. (2013). The effect of relaxation interventions on cortisol levels in HIV-seropositive-women. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, May 28th 2013.
- Kalichman, S.C., Cherry, C., Kalichman, M.O., Amara, C.M., White, D., Pope, H., Swetzes, C., Eaton, L., Macy, R. y Cain, D. (2011). Integrated behavioral intervention to improve HIV/AIDS treatment adherence and reduce HIV transmission. *American Journal of Public Health*, 101, 531-538.
- Kalichman, S., y Catz, S. (2000). Stressors in HIV infection. En K. Nott y K. Vedhara (Eds.). *Psychosocial and biomedical interactions in HIV infection* (pp. 31-60). Harwood Academic: Amsterdam.
- Kempainen, J., Wantland, D., Voss, J., Nicholas, P., Kirskey, K., Corless, I., et al. (2012). Self-care behaviors and activities for managing HIV-related anxiety. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23(2), 111-123. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2011.05.004>
- Kenya, S., Chida, N., Jones, J., Alvarez, G., Symes, S. y Kobetz, E. (2013). Weekending in PLWH: Alcohol Use and ART Adherence, A Pilot Study. *AIDS and behavior*, 17(1), 61-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-012-0307-x>
- Kindelán, J., Del amo, J., Martín, C., Saiz de la Hoya, P., Pulido, F., Laguna, F. (2002). Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 20(2): 19-28.

- Knobel, H., Escobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, M.T., Casado, J.L., et al. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 23(4), 221-231.
- Koenig, L.J., Pals, S.L., Bush, T., Pratt Palmore, M., Stratford, D., y Ellerbrock, T.V. (2008). Randomized controlled trial of an intervention to prevent adherence failure among HIV-infected patients initiating antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 27, 159-169.
- Kremer, H., Ironson, G., Schneiderman, N. y Hautzinger, M. (2006). To take or not to take: decision-making about antiretroviral treatment in people living with HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs*, 20(5), 335-349. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2006.20.335>
- Leserman, J., Petitto, J.M., Gu, H., Gaynes, B.N., Barroso, J., Golden, R.N., Perkins, D.O., Folds, J.D. y Evans, D.L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: Psychosocial and Psychological predictors. *Psychological Medicine*, 32(6), 1059-1073.
- Lucas, G.M., Mullen, B.A., Weidle, P.J., Hader, S., McCaul, M.E. y Moore, R.D. (2006). Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes among concurrent comparison groups. *Clinical Infectious Diseases*, 42,1628-1635.
- Mayne, T.J., Vittinghoff, E., Chesney, M.A., Barrett, D.C., y Coates, T.J. (1996). Depressive Affect and Survival Among Gay and Bisexual Men Infected With HIV. *Archives of Internal Medicine*, 156(19), 2233-2238.
- Markham, P., Salahuddin, S., Vereck, K., Orndorff, S., Gallo, K. (1986). Hydrocortisone and some other hormones enhance the expression of HTLV-III. *International Journal of Cancer*, 37(1), 67-72.
- Marks, G., Crepaz, N. y Janssen, R. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10), 1447-1450.
- Miller, T. y Bellack A. (1993). AIDS accommodation syndrome: clinical and legal implications. *AIDS Patient Care*, 7, 314-318.
- Ministerio de Salud. (2005). *Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA*. 1a Ed. Santiago: Minsal.
- Nelsen, A., Gupta, S., Trautner, B., Petersen, N., Garza, A., Giordano, T., Naik, A. y Rodríguez-Barradas, M. (2013), Intention to adhere to HIV treatment: a patient-centred predictor of antiretroviral adherence. *HIV Medicine*. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/hiv.12032>
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Geller, P. A. (2003). *Handbook of Psychology*, New York: Wiley.
- Noguera, M.J., Caro-Vega, Y., Crabtree, B., Vázquez, F. Y Sierra, J. (2012). HIV related stigma as a factor for late HAART Initiation in Mexico. *XIX International AIDS Conference*. Abstract THPE451. Washington, D.C.
- O'Clérigh, C. y Safren, S. (2008). Optimizing the effects of stress management interventions in HIV. *Health Psychology*, 27(3), 297-301.
- Orjuela O., Almonacid C. y Chalá M. (2009). *Educación para la salud*. México: Manual Moderno.
- Orlando, M., Tucker, J., y Burnam, M. (2005). A cross-lagged model of psychiatric problems and health-related quality of life among a national sample of HIV-positive adults. *Medical Care*, 43, 21-27.

- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., Wagener, M.M. y Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 21–30.
- Pence, B. W., Miller, W. C., Whetten, K., Eron, J. J. y Gaynes, B. N. (2006). Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 42(3), 298–306. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa>
- Piña, J.A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J, Togawa, C. y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Pomeroy, E., Kiam, R., y Green, D. (2000). Reducing depression, anxiety and trauma of male inmates: an HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social Work Research*, 24(3), 156-168.
- Rabin, J. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Report*, 5: 163-171.
- Rabkin J. y Chesney, M. (1999). Treatment adherence to HIV medications: The Achilles heel of the new therapeutics. En: Ostrow D, Kalichman S (Eds.) *Behavioral and health impacts of new HIV therapies*. New York: Plenum.
- Rabkin J. y Ferrando, S. (1997). A second life agenda. Psychiatric research issues raised by protease inhibitor treatments for people living with the human immunodeficiency virus or the acquired immunodeficiency syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 54 (11), 1049-1053.
- Remien, R.H., Stirratt, M.J., Dolezal, C., Dognin, J.S., Wagner, G.J., Carballo-Diequez, A. y Jung, T.M.(2005). Couple-focused support to improve HIV medication adherence: A randomized controlled trial. *AIDS*, 19, 807-814.
- Remor, E.A. y Ulla, S. (2002). Sexuality, Perceived Illness and Quality of Life in Spanish Gay and Bisexual Men Living with HIV. *The Journal of the Gay Lesbian Medical Association*, 6(2), 41-45.
- Remor, E.A., Carrobles, J.A., Arranz, P., Martínez-Donate, A. y Ulla. S. (2001). Ansiedad y Percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9(2), 323-336.
- Roberts, J.E., Ciesla, J.A., Drenfeld, D.M. y Hewitt, R.G. (2001). Vulnerability to psychological distress among HIV-positive individuals: The roles of acute stressful life events and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 30, 241-257.
- Safren, S.A., Otto, M.W. y Worth, J. (1999). Life-Steps: Applying Cognitive Behavioral Therapy to HIV Medication Adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 332–341.
- Safren, S.A., Otto, M.W., Worth, J.L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. y Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1151–62.
- Safren, S.A., O’Cleirigh, C., Tan, J.Y., Raminani, S.R., Reilly, L.C., Otto, M.W., Mayer, K.H. (2009) A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28:1-10.

- Sánchez-Sosa, J., Cázares, O., Piña, J. y Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32(5), 389-397.
- Schacham, E., Morgan, J.C., Önen, N., Taniguchi, T. y Turner, E. (2012). Screening Anxiety in the HIV Clinic. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2047-2413.
- Schneiderman, N., Antoni, M.H., Saab, P.G. & Ironson, G. (2001). Health Psychology: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555-80.
- Schneiderman, N., Ironson, G., Siegel, S. (2005). Stress and health: psychological, behavioral and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.
- Schwartz, G.E., y Weiss, J.M. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 6, 187-198.
- Scott-Sheldon, L. y Kalichman, S. (2008). Stress management interventions for HIV+ Adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*, 27(2), 129-139.
- Simoni, J.M., Huh, D., Frick, P.A., Pearson, C.R., Andrasik, M.P., Dunbar, P.J. y Hooton, T.M. (2009). Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: A randomized controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52, 465-473.
- Simoni, J.M., Pearson, C.R., Pantalone, D.W., Marks, G. y Crepaz, N. (2006). Efficacy of interventions in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV-1 RNA viral load. A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43 (Suppl 1), S23-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.qai.0000248342.05438.52>
- Teva, I., Paz Bermúdez, M. d.l., Hernández Quero, J. y Buela Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5) 40-49.
- Thompson, M.A. Aberg, J., Hoy J.F., Telenti, A., Benson, C., Cahn, P., Eron, J.J., Günthard, H.F., Hammer, S.M., Reiss, P., Richman, D.D., Rizzardini, G., Thomas, D.L., Jacobsen, D.M. y Volberding, P.A. (2012). Antiretroviral treatment of adults HIV infection: 2012 Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *JAMA*, 308(4), 387-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.7961>
- Tuldra, A. y Wu, A. (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Syndrome*, 15 (Suppl3), s154-157.
- Wagner, G.J., Goggin, K., Remien, R.H., Rosen, M.I., Simoni, J., Bangsberg, D.R. y Liu, H. (2011). A closer look at depression and its relationship to HIV Antiretroviral Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3) 352-360. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-011-9295-8>
- Wainberg, M. y Cournos, F. (2000). Adherence to treatment. *New Direction on Mental Health Services*, 87, 85-93.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Review*, 6, 5-25.
- Weaver, K.E., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J. y Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health psychology*, 24(4), 385-392. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.385>

- Weiss, S.M., Tobin, J.N., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, A., Cassells, A., Jones, D., Schneiderman, N., Brondolo, E., Laperriere, A., Lopez, M., Villar-Loubet, O., Camille, J., Kumar, M. y Page, J.B. SMART/EST Women's Project Team (2011). Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal of Women's Health*, 3, 63-77.
- Williams, A.B., Fennie, K.P., Bova, C.A., Burgess, J.D., Danvers, K.A. y Dieckhaus, K.D. (2006). Home visits to improve adherence to highly active antiretroviral therapy: A randomized controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42, 314-321.
- Wohl, A., Galvan, F., Myers, H., Garland, W., George, S., Witt, M., Cadden, J., Operskalski, E., Jordan, W., Carpio, F. y Lee, M.L. (2011). Do Social Support, Stress, Disclosure and Stigma Influence Retention in HIV Care For Latino and African American Men Who Have Sex With Men and Women? *AIDS and Behavior*, 15(6), 1098-1110.
- Wolff, C., Alvarado, R. y Wolff M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. (2011). *Global Summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2011*. Recuperado de http://www.who.int/hiv/data/2012_epi_core_en.png

(página en blanco)

CAPÍTULO 14

Medicina Conductual en Pediatría

*Cecilia Alderete Aguilar, Cointa Arroyo Jiménez
y María Beatriz Villarruel Rivas*

Introducción

La medicina conductual ha propiciado un mejor entendimiento de los factores involucrados en el desarrollo de comportamientos saludables, y las respuestas adaptativas ante una enfermedad. Es un campo interdisciplinario que se interesa en los aspectos conductuales y sociales ante las condiciones médicas, asumiendo un enfoque de desarrollo que permite el trabajo con niños, adolescentes, adultos y ancianos de manera individual y colectiva.

Al igual que en la medicina, dentro del área de psicología de la salud se han desarrollado una serie de especialidades, siendo una de ellas la pediatría conductual. Se fundamenta en que el desarrollo del niño y el adolescente, y por ende su comportamiento, es distinto al del adulto. El psicólogo necesita comprender la variedad de problemas de salud del niño que requieren una aproximación psicológica y una perspectiva multidisciplinaria para enfrentar dichos problemas. “El propósito de la pediatría conductual consiste en propiciar y mantener un estado óptimo de salud de los niños, a fin de que disfruten de una mejor calidad de vida” (Reynoso y Seligson, 2005, pág. 107).

La atención psicológica de la población pediátrica no es un área reciente, puesto que las primeras clínicas de atención comenzaron a operar desde la década de 1930. No obstante, en cuanto a la evaluación e intervención, los procedimientos derivados de la medicina conductual, enfocados a dicha pobla-

ción, son recientes. Lo anterior, se debe al cambio de paradigma respecto a la conceptualización de la enfermedad médica y el sufrimiento físico y emocional, que suele impactar en la calidad de vida del niño y su familia.

En este sentido, la medicina conductual pediátrica es una alternativa para el manejo coadyuvante de la enfermedad médica de los niños y adolescentes, que suele ser de suma importancia, ya que un padecimiento físico en tales periodos de la vida, afecta el desarrollo psicosocial del individuo, al tiempo que tiene un impacto en el ambiente familiar.

Un elemento de suma importancia, es el que considera justamente al individuo de acuerdo con la etapa del desarrollo psicosocial en la que se sitúa y, con base en ello, el especialista suele modificar las intervenciones acorde a la fase de desarrollo biológico, cognitivo y emocional, sin dejar de tomar en cuenta el contexto familiar y social del niño o adolescente.

Así, el especialista en medicina conductual interesado en el área pediátrica debe tener conocimientos vinculados con la psicología clínica infantil, y utilizando un marco cognitivo conductual puede trabajar en distintos ámbitos de atención a la salud (clínicas, hospitales, centros de desarrollo infantil) para intervenir en problemas relacionados con enfermedades agudas, desórdenes de desarrollo, trastornos propios de la infancia y enfermedades crónicas.

Los psicólogos pediátricos intervienen desde el cuidado prenatal hasta la adultez joven; desde

la prevención primaria hasta el cuidado terciario intenso; a los niveles de pacientes hospitalizados, ambulatorios y en la comunidad; desarrollándose en actividades clínicas y de investigación que consideran al niño como individuo, así como a todo su sistema como parte del tratamiento (Donovan, 1988).

La prevención de los problemas de salud con los niños comienza con la enseñanza de hábitos de nutrición, ejercicio, información sobre el desarrollo de sus cuerpos y conductas de autocuidado. Se trabaja en conjunto con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros y otros profesionales, para reducir los aspectos negativos de las enfermedades agudas y crónicas, así como de sus tratamientos (Donovan, 1988).

En México, es aún más reciente la intervención del especialista en medicina conductual en esta población, al surgir como un esfuerzo de diversas escuelas y grupos de trabajo para ofrecer al sistema de salud profesionales con las competencias para insertarse a equipos de trabajo multidisciplinarios, con el fin de amortiguar el sufrimiento de niños o adolescentes que requieren la aplicación de intervenciones para abordar problemáticas derivadas de la enfermedad, que no se resuelven de forma óptima con la intervención médica y farmacológica habitual, con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

No existen estudios en nuestro país, ni reportes específicos, acerca de la eficacia en términos epidemiológicos, de costos económicos, días de hospitalización y horas de trabajo del personal de salud, dado que las intervenciones se refieren dentro de la atención diaria en los servicios de salud mental, psicología y psiquiatría (Secretaría de Salud, 2012). Sin embargo, por estudios realizados en otros países, se ha observado que tiende a haber una disminución en los costos que implica la atención médica y hospitalaria.

Lo que sí se sabe es que el perfil epidemiológico en México muestra un creciente incremento en las enfermedades crónicas, incluyendo padecimientos en el área de pediatría. Y es por esto que los espe-

cialistas en medicina conductual desempeñan un papel importante en la atención al paciente pediátrico y a su familia.

Existen diferentes padecimientos y áreas de intervención en las que el especialista en medicina conductual pediátrica puede trabajar. A continuación se presentan algunas de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia, así como el abordaje que se realiza en cada una de ellas.

Cáncer Infantil

Bajo el término “cáncer” se agrupa una cantidad diversa de enfermedades “que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo” (Méndez, Orgiles, López-Raig y Espada, 2004, p.140). Los tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia en niños son: la leucemia, el linfoma, tumores cerebrales, sarcomas de hueso y de tejidos blandos (Méndez et al., 2004). Para el tratamiento de estas enfermedades se requiere el uso constante de recursos médicos, así como hospitalizaciones repetidas y prolongadas que producen malestar.

Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Hoy en día se ha alcanzado una tasa de supervivencia de niños con cáncer de alrededor del 70% (Méndez et al., 2004). Es por esto que actualmente se considera necesario no sólo curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer infantil puede originar.

En nuestro país ha ocurrido un incremento de los padecimientos oncológicos, y la mortalidad por cáncer ha aumentado alrededor del 20.3% en los últimos 20 años (Rivera, 2003). Se observa así que el cáncer constituye la segunda causa de muerte en niños de 5 a 14 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI, 2010).

Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos e intensivos; requieren continuas hospitalizaciones y cuidados especiales en el hogar. Los

principales métodos de tratamiento utilizados con los niños son: la quimioterapia, la radiación, la cirugía y el trasplante de médula ósea. Estos tratamientos producen diversos efectos secundarios que afectan el desarrollo físico, social y emocional del niño. La presencia del cáncer desorganiza virtualmente todos los aspectos de su vida, por lo que la estabilidad y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectados (Casciato, 1990).

El incremento en la incidencia del cáncer pediátrico ha hecho necesario el desarrollo de investigaciones que ayuden a determinar formas para mitigar los efectos de los procedimientos médicos invasivos, evaluar los estilos de afrontamiento en los niños, e identificar intervenciones psicológicas eficaces y efectivas (Aldridge y Roesch, 2007; Meave, 2002; Rubio, 2003; Villarruel, 2009). “Las necesidades de información y comprensión de lo que ocurre a lo largo de todo el proceso de enfermedad, el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos configuran objetivos concretos de la intervención psicológica” (Méndez et al., 2004, p.143).

El diagnóstico de cáncer infantil y el desarrollo de la enfermedad son generalmente inesperados, y funcionan como fuente de estrés que provoca alteraciones biológicas y cambios en las conductas relacionadas con la salud (Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006). Los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan necesidades que surgen de la reacción ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos; además, cada fase de la enfermedad genera necesidades específicas que atender (Meave, 2002; Rubio, 2003; Villarruel, 2004).

La intervención inicia desde la comunicación del diagnóstico, la cual puede ser una de las fases más estresantes de la enfermedad. Es importante que el personal de salud entable una buena relación con el niño, proporcionando información clara y con constantes repeticiones (Méndez et al., 2004). Antes de informar el diagnóstico es necesario determinar el

conocimiento que el niño tiene sobre la enfermedad, e indagar sobre sus principales preocupaciones. Una vez comunicado el diagnóstico es importante escuchar y comprender al niño, dándole la oportunidad de que exprese sus emociones y siendo sensibles a sus demandas de información.

Aunque la noticia del diagnóstico debe ser siempre brindada por el médico a cargo, el psicólogo apoya desde la comunicación del mismo, corrobora que el niño haya comprendido la información y sirve como enlace entre el médico y el niño para favorecer el diálogo, así como aclarar dudas respecto a la enfermedad y su tratamiento.

Es importante recordar que el lenguaje utilizado, la cantidad de información, así como la forma de presentarla al niño deberán adaptarse a la etapa de desarrollo en la que se encuentre. En la tabla 1 se presentan algunas sugerencias prácticas de materiales a utilizar de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre el paciente y la forma de brindar la información.

Durante la fase activa de tratamiento oncológico, algunas de las áreas que han recibido mayor atención en la intervención psicológica de niños con cáncer son la reducción de las náuseas y vómito anticipatorios, control de dolor, tratamiento de ansiedad y depresión, así como mejoría de la adherencia al tratamiento médico.

Edad Preescolar
Hojas blancas, crayolas, muñecos, plastilina. Utilizar un lenguaje extremadamente concreto y sencillo, apoyándose siempre en material visual; enfocarse en situaciones presentes. Valorar que no interprete los procedimientos médicos como un castigo, por lo que no hay que usarlos como amenaza (“Si te portas mal te va a picar el doctor”), y hay que explicar que nadie tiene la culpa de la enfermedad. Enfatizar que NO se quedará solo y que sus cuidadores regresarán. También es importante evitar promesas que no tienen garantía; por ejemplo, “Si comes te vas a ir más rápido a casa”.

Edad Escolar
Folletos informativos (con lenguaje claro y sencillo). Explicar a través de dibujos lo que es el cáncer, así como el tratamiento (ej. “Los soldados de la quimio entran a atacar las células malas del cáncer, pero destruyen otras células buenas que también están creciendo”). Nombrar la enfermedad y los procedimientos por su nombre (leucemia, quimioterapia, aspirado de médula ósea), explicando paso por paso en qué consiste cada uno de ellos y para qué se harán.
Adolescentes
Folletos informativos, boletines, libros para pacientes, información de internet (verificada previamente). Lenguaje más elaborado y descripciones más detalladas. Con algunos adolescentes resulta útil realizar diagramas o dibujos (a manera de historieta).

Tabla 14.1. *Materiales recomendados para presentar información sobre el diagnóstico y el tratamiento de acuerdo con la fase de desarrollo del niño.*

El tratamiento recomendado para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios incluye la desensibilización sistemática, imaginación guiada y la relajación muscular progresiva. El control del dolor requiere de una evaluación y emplea técnicas de distracción, imaginación guiada y entrenamiento en relajación; se utilizan también intervenciones conductuales consistentes en administrar reforzamiento positivo involucrando a los padres y al personal de salud en el tratamiento.

Respiración diafragmática
Usar la metáfora del “globo”. Pedirle al niño que se imagine que en su panza hay un globo que se infla (cuando inhala) y se desinfla (cuando exhala). Otra manera es utilizar un vaso de plástico; el niño se recuesta y se coloca el vaso en su abdomen; pedirle “que lo suba” (cuando inhala) y “que lo baje” (cuando exhala). Jugar a ser “Robot/Muñeca de trapo” (se usa sobre todo con niños pequeños, se le pide al niño que se ponga duro como un robot y luego “aguadito” como un muñeco de trapo, para que identifique los dos estados). Con niños grandes hay que trabajar grupos musculares grandes.

Relajación muscular progresiva
Posterior al entrenamiento en respiración diafragmática, hacer ejercicios de tensión-distensión en diversos grupos musculares. Es importante hacer notar que en los niños, se debe trabajar de acuerdo con el desarrollo del esquema corporal. Kemler (2009) ofrece una serie de ejercicios utilizando este procedimiento.
Distracción
Leer cuentos, jugar video juegos, armar figuras, dibujar. Resulta muy útil leer historias mientras les realizan algún procedimiento (aspirado de médula ósea, punción lumbar).
Imaginación guiada
Antes de iniciar, es importante valorar la capacidad imaginativa del niño. Puede usarse el clásico ejemplo del “limón” (en el que imaginan que exprimen el jugo de un limón en su boca, y el psicólogo observa los gestos que hace el paciente, para ver qué tan bien logra el ejercicio), o pedir que imagine una pelota (tendrá que describir todas sus características). Al realizar ejercicios de este tipo con los niños hay que ir dando las indicaciones lo más detallado posible, describiendo características que permitan agudizar todos sus sentidos (color, tamaño, forma, olor, sabor, sonido, etc.).
Desensibilización sistemática
Se requiere empezar con estímulos sencillos, que generan menor ansiedad o aversión (dibujos). En el caso de que se utilice como preparación ante procedimientos se recomienda utilizar primero materiales de juguete (usar un “maletín de doctor”) y posteriormente solicitar al equipo de salud préstamo de materiales reales que se usen en la consulta/hospital. Se le enseñan al niño técnicas de respiración, imaginación, distracción, entre otras, para que pueda manejar la ansiedad que experimenta ante los estímulos aversivos. Éstos se van presentando paulatinamente: primero los que generen menos ansiedad y así sucesivamente. El niño va practicando, lo que le permite comprobar que puede realizar algunos ejercicios, incluso asociar con estímulos agradables y la ansiedad disminuye.

Tabla 14.2. *Sugerencias para aplicación de técnicas de intervención con los niños*

Para trabajar los cambios del estado de ánimo que con frecuencia se presentan en los niños con cáncer se han utilizado programas de educación emocional, de actividades agradables (reforzamiento positivo) y de reestructuración cognitiva. También es importante preparar a los niños para la hospitalización y la cirugía, proporcionándoles información y entrenándolos en estrategias de enfrentamiento. De igual manera, es importante adaptar el material a la edad y características cognitivas del niño.

Recomendaciones: Usar dibujos de caritas con diferentes expresiones, libros como “Hielito Flis y las Emociones,” “Diana estuvo en el hospital,” o materiales específicos de cáncer y tratamientos (varían de acuerdo a cada institución). Para trabajar reestructuración cognitiva, utilizar “burbujas de pensamiento” (como en las caricaturas) y el Juego del Detective (identificar pensamientos y buscar evidencia). Con niños pequeños pueden usarse muñecos y/o figuras de papel.

La intervención en problemas de adherencia al tratamiento médico debe incluir un componente educacional, estrategias para mejorar habilidades de autocontrol, estrategias de intervención conductual y atención a posibles barreras a la adherencia. Una de estas barreras, especialmente con niños escolares y adolescentes, suele ser el cambio en la imagen corporal y autoconcepto (relacionado principalmente con la caída de cabello, pérdida de peso, cambio en el color de la piel) consecuencia de los efectos adversos del tratamiento. Además de trabajar estrategias de manejo cognitivo simple y reestructuración cognitiva, resulta útil implementar el uso de adornos (diademas, mascadas, gorras) agradables para el niño y alentar a las personas cercanas a reforzar positivamente.

En los adolescentes que presentan barreras en la adherencia al tratamiento, el uso de la Entrevista Motivacional y la estrategia de balance decisional son útiles para incrementar el seguimiento de las indicaciones médicas y nutricionales (Villarruel, 2009).

Sugerencia: Puede ponerse al niño/adolescente a elaborar un collage con recortes de revista, fotos, imágenes bajadas de internet, donde aparezcan personajes famosos que han presentado características físicas similares a las del niño durante el tratamiento (por ejemplo, artistas/deportistas sin cabello, que han también estado en tratamiento o que han decidido hacer cambios “de look”). Esto favorece la expresión de emociones y pensamientos, así como la identificación y modificación de distorsiones cognitivas asociadas.

Durante la fase de vigilancia la intervención se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, proporcionando al niño estrategias que permitan facilitar la reincorporación a la vida cotidiana y a la vida escolar, detectando las áreas de funcionamiento que hayan sido más afectadas, ayudando a afrontar el miedo a la repetición de la enfermedad y promover la realización de planes y actividades. Es necesario el seguimiento a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer, evaluando los efectos físicos y psicosociales de la enfermedad.

En la fase terminal es conveniente dar la información al niño de manera progresiva, fomentando la expresión emocional, atendiendo sus deseos y preocupaciones. Es recomendable apoyar a la familia antes y después de la muerte del niño para facilitar el duelo.

Tanto el niño con cáncer como su familia se enfrentan a una amplia gama de emociones y de nuevas situaciones que con frecuencia no saben cómo manejar. De ahí radica la importancia de la intervención psicológica oportuna que facilite el proceso de adaptación a la enfermedad, promueva el apego al tratamiento médico y mejore la calidad de vida de estos pacientes. Por lo tanto, es deseable que se diseñe una intervención breve, eficaz, adaptada a la edad y a las necesidades del niño y de la familia. Lo anterior, puede brindarle al paciente la posibilidad de amortiguar el deterioro en la calidad de vida, y en el funcionamiento cotidiano (Villarruel, 2009).

Asma Infantil

El asma es un trastorno inflamatorio crónico de las vías respiratorias. “Como respuesta de la inflamación crónica, las vías aéreas desarrollan hiperreactividad caracterizada por obstrucción respiratoria al flujo de aire cuando se ponen en contacto con factores precipitantes” (Ortiz, Cano-Fragoso, Lazcano-Ortiz, Romo-Hernández y Escamilla-Acosta, 2012, p.127). Se manifiesta como una obstrucción variable de la vía aérea, con síntomas de disnea y tos.

La mayoría de los niños presenta asma intermitente, es decir, una enfermedad episódica con periodos largos sin síntomas. Algunos otros padecen asma crónica, la cual consiste en episodios continuos; si no llevan una terapia constante y adecuada presentan periodos largos con síntomas. El asma grave, causante de muerte, se ha detectado en un porcentaje pequeño de niños en edad escolar y se relaciona frecuentemente con un manejo deficiente de la enfermedad (Brown, Daly & Rickel, 2008). En México, la prevalencia de asma infantil oscila entre el 5 y el 12%, y se encuentra dentro de las primeras veinte causas de mortalidad en niños de 5 a 14 años (INEGI, 2010).

Se requiere un abordaje integral que considere los factores físicos, psicológicos y sociales, tanto en la evaluación como en el tratamiento (Lask, 1992). El foco central en el tratamiento ha sido la terapia enfocada hacia la reducción del estado inflamatorio mediante medidas de control ambiental (De los Santos-Roig, Carretero-Dios y Buéla-Casal, 2002).

Un análisis funcional ayudará a identificar consecuencias emocionales y sociales del asma, así como detonantes de los ataques. Esto permitirá establecer un plan de intervención psicológica centrado en objetivos, cuya meta principal sea controlar y prevenir ataques de asma, aplicando técnicas específicas de psicoeducación, relajación y estrategias de autocontrol.

1. Evaluación inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional de los ataques de asma (entrevista y autorregistros)

<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos: Lista de Chequeo Conductual para Problemas de Asma (APCB), inventarios de ansiedad para niños (Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMAS-R, Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños MASC, Escala de Ansiedad - Estado y Ansiedad Rasgo para Niños STAIC). • Medidas fisiológicas: Medidor del pico de flujo máximo espirado PFM)*
2. Establecer objetivos de intervención
Implementar medidas de control ambiental Controlar / prevenir ataques de asma
3. Seleccionar las técnicas más adecuadas
<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación: asma, tratamiento, relación entre emociones y asma, estímulos que desencadenan un ataque, valores del PFM • Manejo de Contingencias. Establecer cambios y controles ambientales, así como consecuencias (reforzamientos familiares, sociales, etc.). • Relajación: respiración y/o relajación muscular progresiva • Estrategias de manejo cognitivo: detención de pensamientos, identificación y modificación de pensamientos automáticos.
4. Implementar el programa de intervención
<ul style="list-style-type: none"> • Pueden establecerse programas breves (de 12 a 16 sesiones); la duración de los mismos dependerá del avance del niño en cada fase de intervención (basada en objetivos).
5. Evaluación post-tratamiento

Tabla 14.3. Procedimiento para implementar intervención psicológica en asma infantil.

* Este instrumento permite registrar fluctuaciones en el funcionamiento pulmonar.

Se promueve la participación activa del paciente, evitando o eliminando el contacto con los posibles estímulos que desencadenen el ataque de asma, aprendiendo a detectar el estado de función pulmonar y tomar decisiones adecuadas en relación al inicio o incremento de medicación. La intervención conductual se centra en el establecimiento de relaciones funcionales entre el ataque asmático y algún disparador ambiental (Reynoso y Seligson, 2005).

Día	Hora	Antecedentes ¿Dónde estaba? ¿Con quién? ¿Qué estaba haciendo?	Conducta ¿Qué hice cuando empezó la crisis?	Consecuencia ¿Qué pasó después?	Intensidad de la crisis (0-10)	Valor PFM

Tabla 14.4. Ejemplo de registro de crisis asmáticas.

Otro aspecto importante en el tratamiento del asma es el control de las emociones, puesto que emociones intensas pueden desencadenar crisis asmáticas. Los niños con este padecimiento tienen mayor probabilidad de sufrir episodios de estrés agudo, lo que ocasiona una mayor constricción bronquial e incrementa el problema de obstrucción (ídem).

Sugerencia práctica: Es importante enseñar al niño a identificar y expresar las emociones asociadas a las crisis asmáticas (generalmente ansiedad). Puede hacerse mediante la utilización de dibujos, cuentos, caritas con diferentes expresiones. Para valorar la intensidad de la emoción y de la crisis pueden utilizarse instrumentos de apoyo como “La escalera de sentimientos” (Figura 14.1). También es importante identificar pensamientos asociados (“Esto es lo peor que me puede pasar,” “No lo podré controlar nunca,” “No sé qué hacer y puedo morir”) y modificar distorsiones cognitivas. Con niños menores funciona utilizar personajes o caricaturas para que se expresen de manera más abierta; también ayuda a que generen alternativas pensando en lo que haría ese personaje.

Diversos autores afirman que “el grado de estrés o ansiedad durante un episodio de asma, el peligro percibido y la ausencia de apoyo social, son predictores significativos de las visitas a las consultas de urgencia” (De los Santos-Roig, Carretero-Dios y Buéla-Casal, 2002, p.132). Es por esto que se requiere desarrollar programas de reducción de estrés que enseñen a los niños habilidades de enfrentamiento.

Autores como De los Santos-Roig et al. (2002) han propuesto programas que incluyen: componente psicoeducativo sobre el asma y la alergia,

componente de control emocional, educación para la respiración y prevención de recaídas. El paciente aprende a identificar ante qué situaciones se pueden desencadenar los síntomas, cuáles son dichos síntomas y cómo evitar que progresen. Se busca generar cambios cognitivos y conductuales, haciendo al niño participe de su enfermedad, aumentando su conocimiento y control sobre ella.

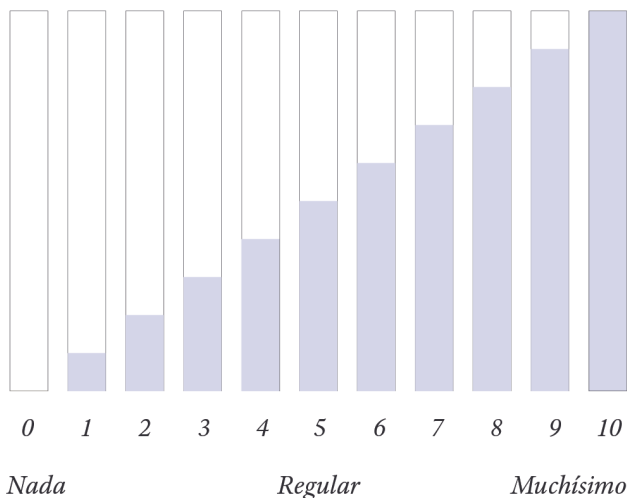


Figura 14.1. La escalera de los sentimientos.

Aunado a lo anterior, el psicólogo deberá trabajar con el niño la adherencia al tratamiento médico, lo cual se convierte en un punto fundamental para el tratamiento del asma. “El niño tendrá que aprender a reconocer el momento en el que debe usar el broncodilatador en aerosol, sin sobredosificarse y utilizarlos solamente en casos de un auténtico ataque y no ante situaciones controlables sin medicamento” (Reynoso y Seligson, 2005, p.111).

En general, se requiere realizar un análisis funcional detallado, e implementar de manera crea-

tiva (de acuerdo a la edad y características del niño) las técnicas seleccionadas, trabajando de manera paralela con los padres de familia (quienes realizan funciones de modelado y reforzamiento) para poder obtener mejores resultados en el tratamiento.

Puede verse la relevancia de los factores psicológicos, familiares y sociales en el asma infantil, por lo que se requiere un abordaje multidisciplinario en el cual el psicólogo especialista en medicina conductual tiene un papel fundamental dentro de la evaluación, tratamiento y prevención de complicaciones del paciente asmático pediátrico.

Obesidad Infantil

De acuerdo con Ríos (2010) la obesidad se define como “el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal”. Según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena, asociado a problemas endócrinos, y la obesidad exógena, que es el tipo que prevalece, asociada a un excesivo consumo calórico y estilo de vida sedentario.

En relación con las variables que ocasionan la obesidad, McClafferty (2007) refiere que las causas son multifactoriales, y son preponderantes: predisposición genética, estilo de vida sedentario, exceso de consumo calórico, el consumo de comida procesada industrialmente, la educación nutricional inadecuada, el tamaño de las raciones, el modelo de consumo alimentario de la familia, el ambiente escolar, la publicidad y la comercialización de alimentos poco saludables.

La obesidad infantil es un problema de salud que está afectando de forma global, independientemente de la fortaleza económica de los países, siendo de prioridad equiparable a la desnutrición infantil (*Food and Agriculture Organization of The United Nations*, 2013). Hacia 1999, la prevalencia estimada reportada en México era de 19% de los niños en edad escolar y alrededor

de 27% de los adolescentes (Hernández, Cuevas-Nasu, Shamah-Levy et al., 2003).

De acuerdo con el Atlas de la salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007), el sobrepeso u la obesidad en niños mexicanos entre 5 y 11 años se incrementó de 18.6% (1999), a 26% en 2006. Así mismo, uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. De acuerdo con este organismo, estas alteraciones están relacionadas a los cambios dietéticos alimentarios, así como el sedentarismo y las modificaciones poco saludables en el estilo de vida.

En México se han realizado algunos intentos aislados para implementar programas de intervención que contengan estrategias psicológicas para incidir en la reducción del peso corporal (Pompa, 2011) y en menor medida, en la modificación de estilos de vida de la familia, no obstante que es un padecimiento que se ha convertido en una epidemia. Las campañas educativas para modificar el consumo de alimentos con excesivo contenido calórico y los mensajes que se divulgan a través de los medios de información, constituyen esfuerzos insuficientes para abordar el padecimiento.

El tratamiento de la obesidad requiere del manejo interdisciplinario del equipo de salud tanto en la prevención, como en la intervención remedial, debido a que es necesario incidir en el manejo médico, nutricional, en las conductas alimentarias, así como en el incremento de actividad física y la modificación de los estilos de vida de la misma familia (Han, Lawlor y Kimm, 2010; Epstein y Wrotniak, 2010). Estos aspectos son preponderantes, ya que en el paciente pediátrico, los padres son los responsables de la dieta y la modificación de hábitos y actividad física.

Barlow y el *Expert Committee* de Estados Unidos (2007), refieren cuatro grupos de estrategias que tienen evidencia consistente para apoyar la eficacia de las intervenciones para el manejo de la obesidad (Ver Tabla 14.5). Wilfley, Kass & Kolko (2011), hacen mención a un modelo socioecológico, donde la participación de los niños, los padres y el ambiente (la interacción con pares que modelan conductas

saludables en relación con la conducta alimentaria, la disponibilidad de programas comunitarios de actividad física, pares) interactúan para lograr la disminución apropiada del peso corporal.

- a. Cambios en la dieta y actividad física.
- b. Técnicas de modificación de conducta para mantener esos cambios.
- c. Involucramiento de la familia en los cambios de vida.
- d. Participación de los padres en la terapia.
- e. Contacto frecuente con el equipo de tratamiento.

Tabla 14.5. Estrategias para el manejo de la obesidad infantil.

En relación con los pares, en un estudio realizado por Salvy, Roemmich, Bowker, Romero, Stadler y Epstein (2009) mostraron que el hecho de participar en un programa de actividad física con otro niño con el que hay amistad, incrementa de manera significativa la motivación y continuidad del niño obeso en dicha intervención.

En la actualidad, los programas de intervención que se diseñan a nivel internacional para abordar este problema de salud, coinciden en que el uso de estrategias conductuales, cognitivo-conductuales

e inclusive de entrevista motivacional, son elementos que han demostrado empíricamente que aumentan la posibilidad de mantener la regulación del peso corporal, así como la práctica de estilos de vida saludables en niños que han sido tratados por obesidad (Debbie et al., 2010; Barlow y el Expert Committee de Estados Unidos, 2007).

Las intervenciones cognitivo-conductuales se dividen esencialmente en tres tipos: las centradas en el control de estímulos, las que se enfocan en el automonitoreo de peso corporal, la ingesta y la actividad física y, los que incluyen ambos rubros. Así mismo, se han realizado programas individuales y programas familiares. Por ej.: Steele, Aylward, Jensen, Cushing, Davis & Bovaird (2012).

Como puede observarse en la Tabla 14.6, son muy amplias las posibilidades de incidir en los componentes del modelo mediante la implementación de estrategias cognitivo-conductuales.

En un principio, es importante hacer un módulo de entrevista motivacional (Wilfley, et al., 2011), o psicoeducativo dirigido al paciente y su familia. Es deseable que la entrevista motivacional se lleve a cabo con los adolescentes (Perea, Loredo-Abdalá, Trejo, López, Jordán, et al., 2006) dentro de la atención para abordar el problema, en los

Estrategia	Intervención Individual	Intervención con padres/familia
Psicoeducación	X	X
Entrevista motivacional	X	X
Técnicas derivadas del Análisis Conductual Aplicado	X	X
Entrenamiento en manejo de contingencias ambientales	X	X
Entrenamiento en solución de problemas	X	X
Entrenamiento en habilidades sociales	X	X
Planeación de actividades reforzantes	X	X
Técnicas derivadas de autocontrol	X	X
Modelado de conductas saludables	X	X
Estrategias cognitivas	X	X

Tabla 14.6. Estrategias de intervención cognitivo conductual en obesidad infantil.

niños, se sugiere aplicarla a los padres, ya que en esa etapa, ellos son los responsables de la adquisición y disponibilidad de los alimentos.

En relación con el padecimiento en sí, es importante informar acerca de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la salud, la responsabilidad de la familia en la modificación de la dieta y los estilos de vida inadecuados, hacia otros más saludables.

Dentro de las estrategias derivadas de la medicina conductual, se enumeran las siguientes (Wilfey, Kolko y Kass, 2011):

- a. Psicoeducación al paciente y a los padres, respecto a los factores conductuales que intervienen en la obesidad, y las funciones de los padres para la disponibilidad, elección y cantidad de alimentos.
- b. Entrevista motivacional.
- c. Entrenamiento a padres en: manejo de contingencias ambientales, refuerzo positivo, modelamiento (conductas saludables, alimentación saludable), control de estímulos, control ambiental (lugares donde no se come), entrenamiento en solución de problemas para la adquisición/preparación de alimentos).
- d. Entrenamiento en solución de problemas.
- e. Entrenamiento en habilidades sociales.
- f. Planeación de actividades reforzantes.
- g. Técnicas derivadas del autocontrol.
- h. Estrategias cognitivas.

En resumen, se propone una relación de las diferentes estrategias cognitivo-conductuales y sus posibles aplicaciones en las intervenciones para niños y adolescentes con obesidad.

Puesto que la obesidad en niños y adolescentes tiene carácter epidémico, las intervenciones psicosociales, en específico, las derivadas de estrategias cognitivo-conductuales, serán aspectos a considerar en breve en el sistema de salud, en los tres niveles de atención, puesto que es un padecimiento de salud que, de evolucionar hacia etapas posteriores de la vida, conllevará el deterioro prematuro en la salud de una cantidad importante de adultos en los próximos

veinte años, que originará una demanda de atención aún más grande y onerosa al Sistema de Salud, debido a las enfermedades secundarias como la alteración endócrina, metabólica y sistémica (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades coronarias, arterioesclerosis, dislipidemias, por mencionar algunas).

Ante este panorama, es probable que en algunos años, las intervenciones del psicólogo especialista en medicina conductual pediátrica, sean primordiales para el abordaje de dicho padecimiento en México, ya que los modelos de prevención y tratamiento de la obesidad, bajo el modelo médico-epidemiológico, no han logrado reducir la incidencia de este padecimiento, por las limitaciones que tienen en incidir en la modificación de la conducta alimentaria y los estilos de vida de las familias.

Diabetes Infantil

De acuerdo con la *American Association of Clinical Endocrinologist* (2011), la diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas heterogéneas que se desarrollan cuando la secreción de insulina es insuficiente para mantener los niveles normales de glucosa en el plasma. La diabetes tipo I se caracteriza por la deficiencia absoluta de insulina y puede ser confirmada por la presencia de anticuerpos específicos. En algunos casos, no hay evidencia de los mismos, por lo cual se considera idiopática. Suele afectar con más frecuencia a niños y adolescentes. En la diabetes tipo II, que es la que prevalece en población adulta y en la estadística poblacional, existe una resistencia a la insulina, con frecuencia aunado a distintas dislipidemias.

En la mayoría de los países occidentales, la diabetes tipo I constituye aproximadamente el 90% de casos pediátricos, aunque menos de 50% de los individuos con el tipo I se diagnostican antes de los 15 años de edad. En contraste, el tipo II suele ser más frecuente en los adolescentes. Así mismo, se ha encontrado que este último en múltiples casos está asociado a ciertos grupos de riesgo: sujetos con obesidad, antecedentes hereditarios y con estilo de

vida sedentaria (International Diabetes Federation, 2011). En México, la incidencia que se reporta para la diabetes tipo I en población pediátrica, es de 1.5 casos por 100 000 niños (Collado-Mesa, Barceló, Arheart, y Messiah, 2004).

Las recomendaciones de la International Diabetes Federation, (2011), contienen un apartado en relación al manejo psicológico de la enfermedad. Dentro de la atención recomendada, se requiere la evaluación del funcionamiento psicosocial del paciente y su familia, detección y tratamiento de psicopatología asociada, intervenciones psicoeducativas, monitoreo de la adherencia terapéutica, así como la evaluación de la calidad de vida. Así mismo, sugiere la intervención ante diversos elementos psicosociales (familia, pares, ambiente, síntomas psiquiátricos) que afecten la regulación fisiológica de la glucosa.

En este sentido, dentro del tratamiento multidisciplinario de la diabetes en niños y adolescentes, las intervenciones del especialista en medicina conductual pediátrica están dirigidas a incidir en las variables conductuales que afectan la regulación de la glicemia (Osborn y Egede, 2010), la modificación en los estilos de vida, el manejo de síntomas emocionales y de ansiedad, así como las intervenciones con la familia (Patton, Dolan, Smith, Thomas y Powers, 2011; Weissberg-Benchell, Nansel, Holmbeck, Chen, Anderson, et al., 2009).

Como en el común de las enfermedades crónicas en pacientes pediátricos, es frecuente que existan alteraciones importantes en el desarrollo psicosocial, debido a los aspectos psicológicos que conlleva vivir con una enfermedad crónica a temprana edad (McGrady y Hood, 2010; Reynolds y Helgeson, 2011; Sánchez-Guerrero, Romero, Rodríguez, Rangel y Muñoz-F., 2012), por lo que las intervenciones psicológicas en este padecimiento, tienen como finalidad primordial, coadyuvar en la regulación del padecimiento y amortiguar el desajuste en el funcionamiento general del niño o adolescente.

Respecto a las intervenciones psicológicas, es común que se centren en estrategias psicoeducati-

vas, el manejo de síntomas emocionales secundarios a la enfermedad. De manera especial, en los pacientes que son dependientes de la administración periódica de insulina, pueden aparecer síntomas de evitación o ansiedad ante la administración de la insulina, por condicionamiento ante la inyección. En estos casos, se utilizan técnicas para contra condicionamiento de la respuesta.

Otro aspecto importante de las intervenciones que se hacen en medicina conductual pediátrica, las constituyen las que se hacen para incrementar la motivación del paciente para la aceptación y adherencia al tratamiento médico (Graves, Roberts, Rappoff y Boyer, 2010). En este sentido, existen estudios que muestran la utilidad de la entrevista motivacional para tales fines, en específico con los adolescentes (McGrady y Hood, 2010).

De igual forma, durante el periodo de transición de la adolescencia a la adultez, puesto que el paciente requiere adquirir habilidades de información, educativas y motivación para continuar las prescripciones médicas, dietéticas y la práctica de estilos de vida saludables, puesto que en este periodo, deja de existir la tutoría de los padres/cuidadores (Peters y Laffel, 2011).

Otra vertiente de las intervenciones cognitivo conductuales, la constituyen aquellas que están dirigidas a modificar la conducta alimentaria para regular la ingesta calórica y la actividad física, como parte de la regulación del padecimiento médico (American Association of Clinical Endocrinologists, 2011).

En todos los niveles de atención a la salud, es primordial que el paciente y su familia tengan información y comprensión suficientes acerca del padecimiento médico, por lo que es viable usar estrategias basadas en la información, en donde la psicoeducación, es un elemento importante.

Ahora bien, como se mencionó con anterioridad, la entrevista motivacional es una estrategia que es de utilidad en pacientes que tienen una motivación deficiente al tratamiento, o para adherirse al mismo. En especial, por la etapa de desarrollo psico-

social en la que se encuentra el adolescente, puede estar renuente a continuar con la aplicación de insulina, el régimen dietético, la administración de tratamiento farmacológico o a las revisiones periódicas de laboratorio. La tabla 14.7 resume las principales estrategias utilizadas.

- a. Psicoeducación.
- b. Estrategias cognitivas para disminuir síntomas afectivos y de ansiedad.
- c. Entrevista motivacional.
- d. Estrategias conductuales para modificar estilos de vida.
- e. Técnicas derivadas del condicionamiento clásico para eliminar respuestas de ansiedad anticipatoria a la administración de insulina y/o la extracción de muestras de sangre.

Tabla 14.7. Estrategias derivadas de la Medicina conductual que son empleadas con mayor frecuencia para los pacientes con diabetes.

Es importante mencionar que el análisis funcional del problema es primordial para tomar decisiones respecto a la estrategia o procedimiento para cada caso, puesto que, con excepción de la psicoeducación, es frecuente que los síntomas o motivos de referencia del personal médico, sean distintos en cada niño y, la demanda médica de la intervención psicológica surge justo cuando la regulación metabólica se ve alterada por alguna variable que no se explica o trata desde el abordaje médico.

Si bien la incidencia de diabetes en la población pediátrica es considerablemente menor que en los adultos, es importante considerar el abordaje de dicho padecimiento desde un enfoque multidisciplinario. En especial, es necesario tomar en cuenta que el incremento de casos de diabetes en la población pediátrica, ante el incremento de sobrepeso y obesidad en la población infantil de México. Ante este panorama, es probable que en los próximos años, el sistema de salud requiera considerar la inclusión de las intervenciones psicológicas para el manejo de este padecimiento.

Enfermedad Renal en Niños

Los riñones presentan una gran cantidad de funciones vitales. Si la función renal se retarda o el riñón se lesiona, se desencadena la incapacidad de éste para realizar su trabajo (Remor, Arranz y Ulla, 2003). Según las guías internacionales, la enfermedad renal “se define como el daño renal (estructural o funcional) que permanece tres meses o más con o sin disminución de la velocidad de filtración glomerular y alguno de los siguientes hallazgos: 1) alteración en la composición de la sangre o de la orina, 2) alteración en los estudios de imagen o 3) alteración en la biopsia renal” (Medeiros y Muñoz-Arizpe, 2011, p. 259).

La enfermedad renal puede producirse por una gran variedad de causas: infecciones, abuso de medicamentos, traumatismos, nefritis, diabetes e hipertensión. En los niños, en la mayoría de los casos, no puede realizarse el diagnóstico preciso de la causa que la ocasiona, ya que acuden tarde en busca de atención médica (Medeiros y Muñoz-Arizpe, 2011).

En México, tanto para niños como para adultos, se ha visto un incremento del síndrome nefrótico. Una de las causas asociadas es la obesidad; en nuestro país, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil es de 26% en niños de 5 a 10 años. Aunque no se cuenta con un registro único de enfermedades renales, se sabe que el 35% de los fallecimientos se debieron a enfermedad renal crónica en el grupo de 10 a 14 años (Medeiros y Muñoz-Arizpe, 2011).

Para el niño supone un cambio importante en su ritmo de vida que puede provocarle miedo, ansiedad, depresión. La adolescencia es el momento evolutivo de mayor dificultad, pues la enfermedad obstaculiza los típicos procesos de identificación con sus pares y la integración con el sexo opuesto. Existe un gran impacto y puede haber graves problemas en sus relaciones sociales, lo que a la vez repercute sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas. Los pacientes jóvenes tienden a deprimirse y es común la falta de apego estricto al tratamiento (Medeiros y Muñoz-Arizpe, 2011).

La evaluación psicosocial del paciente debe realizarse antes de la incorporación al tratamiento sustitutivo con el objetivo de valorar su estado de ánimo, prever los posibles problemas y recurrir a intervenciones preventivas. Hay que crear una atmósfera de apoyo, darle una educación sobre el tratamiento y permitirle expresar sus dudas y sentimientos. La forma de plantear el tratamiento dependerá “del tiempo de evolución del problema, de las condiciones generales del paciente, de las indicaciones médicas y de la evaluación conductual” (Reynoso y Seligson, 2005, p.97).

Sugerencia práctica: Con el adolescente deprimido resulta útil establecer un programa de actividades agradables que resulten viables, tomando en cuenta su condición física, económica y social. Para favorecer la expresión de emociones, así como la identificación y modificación de pensamientos automáticos, pueden usarse bitácoras (diarios), dibujos, hacer historietas (estilo cómic), canciones y películas. Es necesario establecer un rapport sólido y una alianza terapéutica que facilite la implementación de las estrategias de intervención. Para ello hay que familiarizarse con sus gustos e intereses, y no adoptar una postura paternalista (a la que ya está habituado por parte de otros adultos y miembros del equipo de salud). Se requiere explicarle la importancia de que asuma un papel activo y responsable en su tratamiento, facilitando la toma de decisiones y fungiendo como orientador.

Resulta de suma importancia trabajar el apego al régimen terapéutico que se prescriba, pues además de la toma de medicamentos el niño debe seguir indicaciones dietéticas, controlar estrictamente la cantidad de líquidos ingeridos y, en su caso, cuidar el catéter de diálisis peritoneal.

Existen cinco momentos relevantes para la intervención psicológica: al recibir el diagnóstico, cuando hay una crisis vital, cuando existe un desajuste que interfiere con el tratamiento y cuando se está en una fase avanzada (terminal). Las intervenciones desarrolladas se presentan en la Tabla 14.8.

Problemática	Estrategia recomendada
Ansiedad	Se utilizan principalmente la relajación muscular progresiva y el biofeedback. Para reducir los vómitos que acompañan a la hemodiálisis, y reducir la ansiedad que puede provocar el tratamiento, hay que identificar y eliminar las contingencias que mantienen el problema, entrenar en relajación muscular progresiva, apoyar en el establecimiento de metas (a corto plazo) y utilizar la desensibilización sistemática.
Depresión	Utilizar técnicas de reestructuración cognitiva para modificar la visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Los pacientes (en especial los adolescentes) también se benefician con información objetiva, realista y exhaustiva sobre los diferentes aspectos de la enfermedad (la cual puede brindarse de manera verbal, escrita o gráfica).
Apego al tratamiento y a la restricción de líquidos	La economía de fichas puede usarse con el objeto de reducir la ganancia de peso entre sesiones. También se utiliza el contrato conductual y manejo de contingencias.
Programas educativos	Tienen el objetivo de aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico.

Tabla 14.8. Áreas de intervención y estrategias para abordar enfermedad renal en niños.

Como se mencionó anteriormente, hay que tener en cuenta la existencia de momentos críticos en el tratamiento y a lo largo del proceso de la enfermedad. La intervención psicológica debe ser breve, pero a menudo necesaria de modo intermitente. El

objetivo es ayudar al paciente, y a su familia, a adaptarse del mejor modo posible a la rutina que impone la enfermedad.

Es importante valorar las expectativas del tratamiento, y trabajar para que el niño acepte que no será posible retomar el modo de funcionamiento anterior. Se requiere desarrollar programas enfocados al manejo de estrés, así como desarrollo de estrategias de solución de problemas, educando al niño/adolescente para mantener la calidad de vida a pesar de la diálisis.

Dolor Crónico Pediátrico

La experiencia de dolor, tanto agudo como crónico en los pacientes pediátricos, es un fenómeno que requiere un abordaje especial, ya que en los niños más pequeños, la identificación del dolor y la comunicación del mismo, en cuanto a localización, tipo e intensidad requiere de considerar algunos aspectos para la evaluación y el manejo del mismo.

La manifestación de dolor, en sí misma, suele ser un aviso de una alteración importante, disfunción o daño en el organismo y requiere en muchos casos de tratamiento médico y/o farmacológico, el dolor crónico tiene la particularidad de ocasionar discapacidad temporal en el sujeto, ya que la experiencia de dolor suele provocar un deterioro en el funcionamiento cotidiano.

Si bien el dolor crónico en los adultos ha recibido una especial atención debido a la discapacidad que genera, en la población pediátrica se estima que entre 15 y 30% de niños y adolescentes pueden presentarlo (Palermo, Eccleston, Lewandowski, Williams y Morley, 2010). En específico, en un estudio que se llevó a cabo en un centro hospitalario de Estados Unidos (Lynch-Jordan, Kashikar-Zuck, Crosby, López, Smolyansky, et al., 2010) hallaron que los principales diagnósticos médicos fueron: dolor de cabeza, dolor abdominal y dolor de espalda.

Así mismo, al aplicar una intervención cognitivo conductual multimodal, que incluía biorretroalimentación, relajación y estrategias cognitivas para

el manejo del dolor, encontraron diferencias significativas en la funcionalidad y disminución de la expresión del dolor.

En relación con el abordaje multidisciplinario del dolor crónico, las intervenciones de la medicina conductual abordan los aspectos psicosociales y cognitivos del mismo (Carter y Threlkeld, 2012). En un meta análisis, donde se compararon los resultados de intervenciones cognitivo-conductuales para el manejo del dolor crónico en población pediátrica, se encontró que de manera general, son eficaces para la reducción de la sintomatología, y mantienen el funcionamiento general del paciente (Palermo, et al., 2010).

En algunos otros casos, como en la cefalea tensional (Liossi, 2006), la migraña y el dolor abdominal recurrente, su asociación a estados emocionales alterados y/o estresores, brinda al paciente la posibilidad de aprender a reconocer, afrontar y manejar esas variables, en aras de mejorar su funcionamiento cotidiano, y su calidad de vida (Lynch-Jordan et al., 2010; Tezanos, Rojas y Soto, 2011).

En la práctica clínica, es de suma importancia que dentro del equipo interdisciplinario de salud, se contemple la valoración e intervención psicológica del dolor crónico, puesto que permite tomar decisiones respecto al uso de intervenciones no farmacológicas o invasivas, que permitan al paciente afrontar de manera apropiada la experiencia de dolor.

En este sentido, se propone que la intervención por parte del psicólogo que colabora en las clínicas de dolor contemple la evaluación del síntoma de dolor, un segundo momento donde es primordial proporcionar psicoeducación a los pacientes y a sus padres o cuidadores y finalmente implementar la intervención y medir periódicamente los síntomas específicos del paciente. A continuación, se describe cada uno de los componentes del proceso de intervención.

a) Evaluación. En un principio, es importante que el paciente acuda al servicio médico para identificar la causa del mismo. En cuanto acude al servicio de psicología pediátrica, se requiere hacer la evalua-

ción conductual del dolor, así como la topografía de la respuesta conductual al mismo, así como establecer una línea base para medir la intensidad, localización y condiciones que precipitan, o incrementan la intensidad del mismo (Olivares y Cruzado, 2008).

En niños pequeños o con discapacidad cognitiva, es útil el uso de una figura humana sencilla para identificar la localización del dolor, la observación por parte del cuidador o el personal de salud respecto a sus gestos faciales o corporales o llanto, que indiquen dolor (Pawar y Garten, 2010; OMS, 2012). En escolares y adolescentes, se puede hacer uso de escalas análogas del dolor, registros conductuales, e instrumentos estandarizados (por ej: la forma para medir dolor del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (Varni, 2014; Varni, Thompson y Hanson, 1987), de acuerdo a la edad y desarrollo cognitivo del paciente.

Eiser y Morse (2001), ofrecen una revisión muy certera respecto a los fundamentos de la evaluación de la calidad de vida en población pediátrica, las diferencias con los adultos, así como la mención de diversas metodologías e instrumentos de evaluación. Estos instrumentos pueden aplicarse de manera continua para medir el dolor, y el impacto en el funcionamiento cotidiano, puesto que es importante indagar acerca de las repercusiones que tiene en las actividades cotidianas del niño, la calidad y tiempo de sueño, el impacto del síntoma en el funcionamiento familiar, las creencias y expectativas respecto al dolor crónico del paciente (Carter y Threlkeld, 2012).

Carter y Threlkeld (2012), hacen mención al continuum del dolor crónico de acuerdo a su etiología: enfermedad médica, o etiología inespecífica. Así

mismo, proporcionan un modelo respecto al mismo, que es de utilidad para guiar la evaluación y tomar decisiones respecto a la intervención psicológica a seguir.

De la misma forma, es importante indagar si existen conductas de enfermedad que se mantengan por reforzamiento positivo por algún familiar, o el personal de la institución de salud. Así mismo, tiene que considerarse la posibilidad de que el paciente presente conducta disruptiva preexistente, o algún trastorno mental, acorde a su edad (por ejemplo: Trastorno por déficit de atención, trastornos de conducta, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad o depresión secundarios a la enfermedad médica, así como trastorno adaptativo (DSM IV-TR). De igual forma, es importante indagar acerca de los tratamientos que recibió anteriormente para aminorar el dolor, apego a los tratamientos y resultado de los mismos.

b) Como en la mayoría de las intervenciones psicológicas, la Psicoeducación es un elemento esencial ya que es primordial proporcionar información explicativa en relación con el tipo de dolor que manifieste, los hallazgos de la evaluación conductual, la cadena de eventos, y de requerirse, los factores que desencadenan el dolor o incrementan la intensidad del mismo, involucrando al cuidador primario del niño y sensibilizarlo acerca de la importancia que tiene para llevar a cabo las estrategias en los ámbitos naturales del paciente. En caso de requerir tratamiento farmacológico, es deseable implementar estrategias de información, de comunicación médico-paciente-cuidador, que fomenten la aceptación del uso del fármaco y la adherencia a las prescripciones farmacológicas e higiénico-dietéticas.



Figura 14.2. Escala de caras para medición de dolor (Faces Pain Scale REvised - FPS R).

C) La implementación de la intervención misma al paciente y al cuidador, que puede constar de: estrategias psicoeducativas respecto a las técnicas cognitivo-conductuales, el entrenamiento en el uso de auto registros o registros conductuales para medir el dolor, el entrenamiento en respiración diafragmática, implementación de técnicas de relajación y/o cognitivas, retroalimentación biológica.

D) Así mismo, se sugiere establecer periodos de medición en intervalos regulares, con el objetivo de verificar los cambios en la experiencia de dolor, la eficacia de la estrategia utilizada y, al igual que con cualquier registro conductual, darle la posibilidad al paciente de verificar y reforzar el uso de la estrategia. De igual manera, es preferible evaluar periódicamente el impacto en la calidad de vida del paciente, de tal manera que se pueda verificar el grado de funcionalidad cotidiana que haya logrado.

En relación con las técnicas y procedimientos que se usan para el manejo del dolor crónico, es de mucha utilidad el uso de estrategias para disminuir la activación fisiológica, tales como la respiración diafragmática, biorretroalimentación y la relajación, en todas las variaciones: autógena, muscular progresiva, imaginería, postural.

Al igual que en todas las intervenciones con población pediátrica, es importante hacer una evaluación de la fase de desarrollo cognitivo y en el caso específico de la imaginería, asegurarse que el paciente es capaz de recrear las imágenes mentales sugeridas. Por tal motivo, la fase de evaluación es básica para determinar el tipo de técnica que le sea beneficiosa, así como la posibilidad de realizar las indicaciones según sea su estado de salud (Olivares y Cruzado, 2008).

En pacientes cuyo desarrollo cognitivo lo permita, pueden utilizarse otras estrategias, como: la reestructuración cognoscitiva, el uso de imaginación guiada, el incremento de actividades reforzantes, el reforzamiento positivo, la distracción, estrategias derivadas de la Terapia Racional Emotiva.

Otro grupo de estrategias, que son relativamente más recientes, está compuesto por las intervenciones terapéuticas a través de la atención plena (mindfulness), el entrenamiento en reducción del estrés, la terapia de aceptación y compromiso (Wicksell, Lindgren y Greco, 2008). Estas intervenciones tienen como objetivo que el paciente disminuya la evitación experiencial ya que ésta se presenta como componente que mantiene/incrementa la experiencia del dolor, y por lo tanto aprende a tolerar y vivir con esa experiencia displacentera, incrementando su funcionamiento cotidiano.

Un ejemplo de ejercicio en atención plena, lo constituye la meditación sobre la respiración, por medio del cual, el sujeto modifica su atención sobre la inspiración- espiración, aceptando sin juicios las sensaciones y pensamientos que van surgiendo.

Desde otra perspectiva, existen ejercicios educativos dentro de la terapia de aceptación y compromiso, tales como el uso de metáforas que expliquen la evitación experiencial (metáfora del invitado indeseado), ejercicios para incrementar la defusión cognitiva (Por ejemplo: en vez de decir “no aguanto el dolor de estómago”, cambiar por “mi mente dice que este dolor es muy intenso”, o “tengo el pensamiento de que este dolor es muy desagradable”), o que propicien un estado de desesperanza creativa (Ejercicio del dilema del paciente; Wicksell, et al., 2008, p. 102).

Al igual que los adultos, existen condiciones de enfermedad médica en los cuales puede estar presente de manera recurrente la experiencia del dolor en los niños y adolescentes. Como ejemplo, se encuentran: venopunciones, aspiración de médula ósea, dolor de cabeza tensional, migraña, dolor abdominal recurrente, cáncer, artritis reumatoide juvenil, entre una enorme variedad de padecimientos médicos que impliquen dolor. Con excepción de esta última, las intervenciones psicológicas están dirigidas a modificar el enfrentamiento hacia los diversos estresores que se encuentran asociados a la presencia del síntoma de dolor, en el sentido de prevenir o ami-

norar la percepción de molestia por el mismo y en consecuencia, mejorar el funcionamiento cotidiano del paciente.

La Asociación internacional para el estudio del dolor (International Association for the Study of Pain, 2006), en una revisión de las intervenciones psicológicas para el manejo del dolor, indica que es recomendable el uso de técnicas cognitivo conductuales e hipnosis, además de la medicación, para el manejo del dolor crónico.

El dolor crónico en pacientes pediátricos, es un área de suma importancia dentro de los padecimientos que motivan la consulta en los servicios de atención primaria, así como en los niños y adolescentes que se encuentran en tratamiento médico en unidades de atención en hospitales generales y unidades de alta especialidad. Aunque se está generando una enorme cantidad de conocimiento acerca del manejo no farmacológico del mismo, optimizar las metodologías de evaluación e intervención y comunicarlas al equipo multidisciplinario/interdisciplinario de salud, con el propósito de dar alternativas no invasivas para los niños y adolescentes que viven con alguna forma de dolor crónico, que coadyuven a mejorar su desempeño cotidiano, así como lograr una mejoría en la calidad de vida (OMS, 2012).

Cuidados Paliativos Pediátricos

La definición de los cuidados paliativos apropiados para los niños y sus familias de acuerdo a la OMS (2013) es la siguiente:

- El cuidado activo total del cuerpo, mente y espíritu del niño, que también incluye el apoyo a la familia.
- Inicia cuando la enfermedad es diagnosticada y continúa independientemente de si un niño recibe tratamiento dirigido a la enfermedad.
- Los profesionales de la salud deben evaluar y aliviar la angustia física, psicológica y social.
- Los cuidados paliativos eficaces requieren un enfoque multidisciplinario amplio que incluye a la familia y hace uso de los recursos disponibles

en la comunidad, pueden ser aplicados con éxito incluso si los recursos son limitados.

- Pueden ser proporcionados en hospitales de tercer nivel, centros de salud de la comunidad e incluso en los hogares de los niños.

Existe evidencia científica que muestra que factores como la ansiedad, depresión, preocupación excesiva por los síntomas, evaluación cognitiva y control percibido pueden exacerbar los síntomas o influenciar la percepción de los mismos (Turk y Feldman, 2000). Esto hace posible que las intervenciones psicológicas tengan mayor alcance, aliviando el sufrimiento psicológico y en muchas ocasiones físico, mediante la modificación de pensamientos, emociones y conductas.

Los psicólogos expertos en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, así como los profesionales de las unidades de cuidados paliativos, han reconocido la efectividad de técnicas cognitivo conductuales (relajación, visualización, retroalimentación biológica, experimentos conductuales, descubrimiento guiado, manejo del estrés, entrenamiento en estrategias de manejo del estrés y dolor, reestructuración cognitiva para modificar pensamientos disfuncionales, etc.) para muchos de los problemas psicológicos que prevalecen en áreas de cuidados paliativos, como son: depresión, ansiedad, manejo del dolor e insomnio (Freeman, 2011).

Aunado a esto se han escrito libros de texto y de trabajo, en los que se plantean programas de intervención generales para pacientes de las unidades de cuidados paliativos. Dichos programas pretenden que el paciente tenga un rol activo en su tratamiento y adquiera habilidades para enfrentar de manera adecuada las dificultades asociadas a las enfermedades terminales y condición de vida limitada, que anteceden el final de la vida. Estos programas contemplan el manejo del estrés, regulación emocional, mejoría del apoyo social mediante adquisición de habilidades de comunicación, manejo de síntomas y calidad de vida (Satterfield, 2008).

Existe experiencia publicada de la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en desórdenes mentales comunes en pacientes con cáncer avanzado (Moorey, Cort, Kapari, Monroe, Hansford, et al., 2009), en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tratados con cuidados paliativos en un hospicio (Anderson, Watson y Davidson, 2008), y en el manejo de síntomas en pacientes pediátricos del área de cuidados paliativos (Poltorak y Benore, 2006).

Algunos psicólogos con formación en medicina conductual, han desarrollado intervenciones e investigación aplicada en unidades de cuidados paliativos en México, con resultados efectivos, en casos de ansiedad asociada con dificultad respiratoria (Alcazar, 2002) así como en el tratamiento de sintomatología depresiva, ansiosa y delirium en el paciente (Escobar, 2006; Cruz, 2011).

El psicólogo especializado en medicina conductual integra las técnicas de las áreas conductuales, psicosociales y biomédicas para optimizar el tratamiento paliativo de los pacientes pediátricos que están fuera de tratamiento médico curativo, mediante intervenciones no farmacológicas, pero que tienen un impacto en el control de los síntomas, alivio del sufrimiento y mejoría de la calidad de vida del niño y su familia.

Entre las situaciones que se presentan comúnmente en las unidades de cuidados paliativos y en donde la participación del psicólogo puede contribuir están: la dificultad que representa para las familias y los pacientes la toma de decisiones con respecto a cuestiones como las órdenes de no reanimación, no intubación, sedación, nutrición artificial e hidratación; la intervención en crisis en el momento de dar malas noticias; el manejo del dolor y el manejo de la ansiedad (Shah y Quill, 2008); así como el control no farmacológico de síntomas como el dolor, fatiga, insomnio y problemas nutricionales (ej.: anorexia, náusea/vómito, dificultades en la alimentación) (Poltorak y Benore, 2006), entre otros (Tabla 14.9.).

- Ansiedad de cuidadores primarios ante el manejo de gastrostomías, traqueostomías, administración de medicamentos, etc.
- Ansiedad de pacientes pediátricos ante estancia intrahospitalaria.
- Pensamientos automáticos negativos y creencias disfuncionales en los padres, por ejemplo: *No soy capaz de cuidar a mi hijo (a), todo es mi culpa, si yo hubiera...*
- Poca adherencia terapéutica debido a problemas económicos, desorganización, déficit en la información o comprensión acerca de la función y administración de los medicamentos, así como miedo a usarlos.
- Falta de asertividad por parte de los cuidadores primarios al pedir informes médicos de sus pacientes.
- Manejo no farmacológico ante eventos agudos de dolor.
- Problemas de pareja debido a la hospitalización de su hijo.

Tabla 14.9. Ejemplos cotidianos de problemas en los que se aplica la medicina conductual en cuidados paliativos,

Es tarea de los psicólogos con formación en medicina conductual conocer las formas de intervención psicológica, control de síntomas y modificación de conducta, en niños de todas las edades, con todo tipo de limitaciones, así como en adultos (cuidadores primarios) (Ver Tabla 14.10).

Vale la pena mencionar, a manera de ejemplo, que también se han dado sugerencias de intervención no farmacológica en el paciente neonatal para prevenir, limitar o evitar el estímulo doloroso, como: envolver, posicionar, proporcionar succión no nutritiva y contacto piel con piel (Raper y Perkin, 2007).

El objetivo principal de las intervenciones cognitivo-conductuales es que el paciente que se encuentra en un ciclo disfuncional de pensamientos, emociones y conductas, se traslade a un ciclo que le permita funcionar adecuada y eficazmente con respecto a la situación a la que se enfrenta.

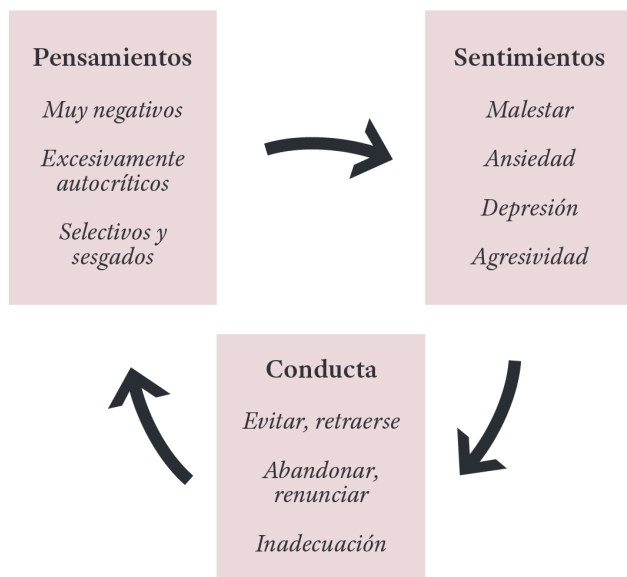
Situación	Técnica	Intervención práctica
Dolor ante procedimientos médicos necesarios o dolor secundario a enfermedad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Distracción cognitiva 2. Relajación por medio de manejo de la respiración 3. Imaginería 4. Relajación progresiva de Jacobson 5. Succión no nutritiva, contacto con la piel 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leer un cuento, hacer sumas, escuchar música, presentaciones audiovisuales, películas, restar de dos en dos del 100 hacia atrás. 2. Concentrar la atención en la respiración imaginando que el aire que entra es de un color y el que sale es de otro ó respiración diafragmática imaginando que tiene un globo en la pancita. Hacer burbujas de jabón. Inflar un globo. 3. Ejercicios de imaginación en donde el niño(a) encuentre un lugar agradable y lo enriquezca con las cosas/personas/objetos/lugares que lo hacen sentir feliz y tranquilo(a). 4. En casos en donde es difícil que el niño(a) tense los músculos, solo enfocar su atención en los músculos y pedirle que los relaje y que imagine que son “pesados y calientitos, o flojitos”. Imaginar que es un soldado y luego que es un gelatina gigante. 5. En bebés se sugiere darles un “chupón” y permitir que la madre los cargue haciendo contacto piel con piel.
Dolor y ansiedad exacerbados ante reforzamiento por parte de la familia o personal médico. Es importante comprobar que el dolor realmente se exagera por reforzamiento.	Manejo de contingencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamiento verbal, visual, táctil positivo cuando el niño(a) muestre estrategias de afrontamiento más funcionales ante dolor o ansiedad, por ejemplo: cambiar de posición, pedir ayuda, buscar distracción. 2. Ignorar (asegurándose de que el niño está atendido y vigiándolo sutilmente) cuando el niño(a) muestre estrategias de afrontamiento menos funcionales como llorar, agredir, golpear, escupir o rechazar la ayuda.
Miedo ante la muerte.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicios de reestructuración cognitiva. 2. Imaginería + solución de problemas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar el concepto de muerte del niño(a) y sus principales miedos, reestructurar ideas por otras más funcionales que generen menos ansiedad, por ejemplo: “La muerte puede ser un viaje a un lugar que tu elijas, el más bonito y sin dolor o miedo” en vez de “La muerte es dolorosa y vas a un lugar horrible” ó “Todos estarán bien y cuidarán de mis hermanitos” en vez de “Mis papás se pondrán muy tristes y nadie cuidará a mis hermanitos”. 2. Explorar las cuestiones que causan ansiedad al niño y ayudarlo a que las resuelva, por ejemplo: “No le he dicho a mi papá que lo quiero”, “Quiero repartir mis juguetes”, “No quiero que me entierren”. Las soluciones pueden ser cartas firmadas por el niño, favorecer la conversación con aquellos miembros de la familia con quien el niño quiera conversar para aliviar su angustia. Por otro lado se puede pensar en la muerte como un viaje y ayudarlo a planearlo pensando en que quiere llevar, a donde quiere ir, que encontrará en ese lugar. <p>*En cuanto a la cuestión de la muerte siempre tomar en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentra el niño, las experiencias previas que ha vivido (presenciar o enterarse de la muerte de algún compañero de cuarto, abuelito, etc) y lo que ha escuchado o le han dicho sus cercanos.</p>

Tabla 14.10. Sugerencias de intervención en situaciones cotidianas en cuidados paliativos pediátricos.

Intervención con la Familia

El diagnóstico de una enfermedad crónica en la infancia constituye un problema tanto para el niño como para su familia, puesto que la enfermedad y su manejo diario afectan profundamente la vida de todos los miembros de la misma. El estrés asociado

EL CICLO DISFUNCIONAL



EL CICLO FUNCIONAL

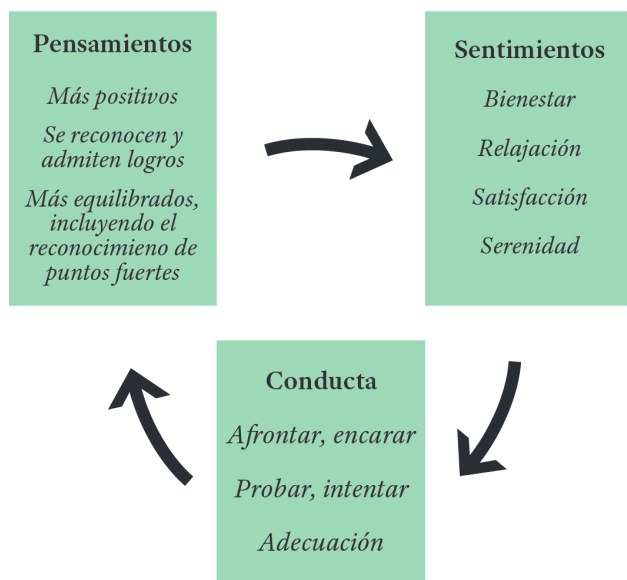


Figura 14.3. Los ciclos disfuncional y funcional (Stallard, 2007).

con cuidar a un niño con una enfermedad crónica puede afectar la organización y los patrones de afrontamiento de toda la familia (Brown, et al., 2008).

El medio familiar y su nivel de funcionamiento cumplen un papel significativo en predecir la adaptación a una enfermedad crónica entre los niños y sus cuidadores. “Los niños que padecen una enfermedad crónica la manejan mejor cuando la familia es cohesiva, da apoyo, los padres afrontan adecuadamente la situación y la comunicación es clara y precisa” (Brown, et al. 2008, p. 76).

Por esto resulta parte fundamental de la intervención en pediatría conductual el trabajo con la familia del niño, en especial con los cuidadores primarios, que generalmente son la madre y/o padre del niño. Existen diferentes estrategias que pueden ser utilizadas con ellos, y su adaptación dependerá de la enfermedad crónica en particular así como de la edad del niño. A continuación se presentan las más relevantes que han sido utilizadas desde la medicina conductual.

Psicoeducación con los padres

La psicoeducación es un “proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer las diversas situaciones de un modo más adaptativo” (Bulacio, 2006). De acuerdo con Atri y Sharma (2007), los principales objetivos de la psicoeducación son:

- Favorecer el apego al tratamiento.
- Promover la cooperación activa de parte del paciente.
- Reforzar estrategias de afrontamiento para enfrentar las problemáticas que se generan por el proceso enfermedad.

Las intervenciones psicoeducativas varían la cantidad de información sobre aspectos psicosociales, instrucciones de enfrentamiento y entrenamiento conductual, pero hacen énfasis en educar a los pacientes acerca de su enfermedad y los tratamientos (Baur y Andersen, 2001) desde el punto de vista psicosocial.

En el caso de la intervención con los cuidadores del niño, un primer componente que se aborda es la psicoeducación. Mediante algunas técnicas, se les explica en forma breve el modelo teórico del trabajo (cognitivo-conductual); se brinda información sobre la enfermedad crónica en particular que el niño padezca (incluyendo los tratamientos), sobre las reacciones emocionales y cambios conductuales que su hijo puede presentar, así como de las estrategias para resolver situaciones problemáticas que el padre/madre refiera en relación al proceso de enfermedad.

De acuerdo con Sirgo y Gil (2000), las intervenciones psicoeducativas estructuradas pueden ser individuales o grupales, y constan de cuatro áreas de actuación:

Área	Objetivo
Educación para la salud	Se proporciona información acerca del diagnóstico de la enfermedad, pronóstico, y diferentes tratamientos médicos (tipos, efectos secundarios, etc.).
Manejo de estrés	Se promueve el reconocimiento de situaciones estresantes y reacciones ante ellas.
Estrategias de afrontamiento	Educar y entrenar el reconocimiento de modos de enfrentamiento activos para ponerlos en marcha.
Apoyo psicosocial	Hace énfasis en los elementos de apoyo a los que se puede recurrir (familia, amigos, religión, trabajo, etc.).

Tabla 14.11. Áreas de actuación de las intervenciones psicoeducativas.

Las intervenciones psicoeducativas ayudarán a los padres a disminuir el estrés generado por el diagnóstico y el tratamiento del niño, además de que brindarán herramientas básicas para adaptarse a los cambios generados por el proceso de enfermedad. Es importante considerar el momento de la intervención (durante el diagnóstico, al inicio del trata-

miento, recaídas y complicaciones, etc.), así como el estado emocional de los padres al recibir la información. Es necesario que ésta sea adecuada al nivel educativo y cognitivo del cuidador, tomando en cuenta factores sociales y culturales que pueden influir en la comprensión de la información.

Pueden utilizarse folletos informativos, aunque resulta útil apoyarse de material visual (especialmente si los padres no saben leer ni escribir). Hay que corroborar que el cuidador ha entendido la información proporcionada (mediante técnicas de reflejo, parafraseo, pedirle que describa con sus propias palabras, que dibuje, etc.) Este proceso servirá además para que el padre/madre pueda transmitir la información al niño/adolescente y modele patrones de respuesta adecuados que favorezcan la adaptación a la enfermedad y sus tratamientos.

Manejo de contingencias

El objetivo de este tipo de técnicas es “la modificación o eliminación de comportamientos desadaptativos, sustituyéndolos por otros adaptativos” (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2008). En situaciones críticas como la que vive un paciente pediátrico, es necesario que la conducta de las personas sea lo más funcional y adaptativa posible, para que con esto se le pueda dar la mejor atención al paciente y la familia evitándoles el menor daño emocional, cognitivo y de salud.

Técnicas operantes para el desarrollo de conductas

Todas las personas, por lo general, cuentan con un repertorio de conductas que realizan como respuesta a las situaciones que se les presentan. En ocasiones los pacientes pediátricos y sus familias, presentan conductas que no promueven que se enfrente la situación crítica que se vive, de manera funcional. Es por eso que es necesario, que el paciente y/o su familia desarrollen nuevas conductas que resulten más funcionales y beneficiosas, para enfrentar las situaciones que surgen a raíz de la propia enfermedad, los procesos de hospitalización, los síntomas del paciente, etc.

El desarrollo de nuevas conductas se puede llevar a cabo mediante técnicas conductuales (Cruzado y Labrador, 2008), como las que se mencionan en la Tabla 14.12.

Sistema de control de contingencias:

economía de fichas y contratos conductuales

En el trabajo psicológico con niños, es muy eficaz, la técnica de economía de fichas y contrato conductual

Técnica	Descripción	Ejemplo
Moldeamiento	Procedimiento en el que se premian las aproximaciones sucesivas a una conducta meta.	Se va reforzando a un niño diabético en cada paso del proceso de inyectarse insulina: cargar la jeringa, acercarla a su cuerpo, lograrlo en el tercer intento, luego en el segundo, luego en el primero, hasta que logra la conducta meta de inyectarse insulina en el horario adecuado y de la forma adecuada.
Encadenamiento	Es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones.	Se va reforzando a un niño que se está rehabilitando en caminar con muletas después de una amputación, primero al tomar las muletas, luego al pararse, al día siguiente al dar un paso, etc., hasta que logra caminar con muletas.

Tabla 14.12. Técnicas operantes para el desarrollo de conductas.

Técnicas para la reducción de conductas operantes

Así como es necesario promover nuevas formas de comportarse, en ocasiones es importante reducir conductas disfuncionales y desadaptativas que obstaculizan que el paciente y sus cuidadores enfrenten los eventos que se les presentan de manera que puedan obtener los mejores resultados.

Por ejemplo, en ocasiones los pacientes se quejan de dolor o incomodidad frecuentemente durante el día, o de manera exacerbada, porque de esa forma han conseguido ganancias secundarias, como atención especial y compañía. Esa conducta es disfuncional, ya que para el médico tratante será difícil identificar síntomas reales de origen fisiológico y podría sobre medicar al paciente.

Para eliminar esas conductas disfuncionales se utilizan técnicas conductuales para la reducción de conductas operantes (Cruzado y Labrador, 2008), que consisten en identificar qué es lo que refuerza que ese comportamiento se siga dando y basarse en eso para eliminar las conductas.

(Labrador, Larroy y Cruzado, 2008), ya que ambos son procedimientos dirigidos a promover determinadas conductas en una persona o grupo de personas (Ver Tabla 14.13). No obstante, hay que recordar que esta técnica se usa para implementar conductas, y que una vez que se logró la conducta meta, es importante utilizar otra técnica conductual, al tiempo que se desvanece la economía de fichas, porque a corto plazo, su eficacia disminuye y es necesario modificar el reforzador.

Conclusiones

En años recientes, se ha visto un incremento dramático en la prevalencia de enfermedades crónicas alrededor del mundo. Debido a esta transición epidemiológica, la medicina conductual ha adquirido gran importancia en el contexto internacional (Epping-Jordan, 2004), con la aplicación clínica de principios, técnicas, y procedimientos de la terapia cognitivo conductual en la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos.

Técnica	Descripción	Ejemplo
Economía de fichas	Se entrega un reforzador generalizado (una ficha de plástico, un sello, un objeto determinado) cada vez que el niño realiza una conducta determinada, una vez que se acumulan determinado número de fichas, es posible cambiarlas por algún premio establecido previamente.	Es posible premiar a un niño por tomar sus medicamentos sin escupirlos, por bañarse o por comer determinada ración de alimento, lo cual promueve que su estado general se deteriore menos y su calidad de vida sea lo más óptima posible.
Contrato conductual	Consiste en un documento escrito que explicita las acciones que se espera que realicen cada una de las personas implicadas, así como las consecuencias que obtendrán en caso de realizar o no realizar las conductas.	Este tipo de intervención es muy útil cuando hay desacuerdo entre padres e hijos, o entre parejas o familia. Sobre todo cuando ese desacuerdo repercute en el manejo del proceso de enfermedad del paciente, el control de sus síntomas y su calidad de vida.

Tabla 14.13. Técnicas de control de contingencias.

Una de las áreas que requiere de mayor atención por parte de los profesionales en medicina conductual es el área pediátrica, puesto que representa una oportunidad importante para fomentar estilos de vida saludables que prevengan complicaciones de salud en las poblaciones futuras (Alderete-Aguilar, 2010).

Además de la prevención, la labor del psicólogo especialista en medicina conductual en pediatría es fundamental en aquellos padecimientos crónicos que se presentan en la infancia, puesto que conllevan cambios significativos tanto para el niño como su familia. Ambos se enfrentan a una amplia gama de emociones y de nuevas situaciones que con frecuencia no saben cómo manejar (Alderete-Aguilar, 2010).

De ahí radica la importancia de la intervención psicológica oportuna que facilite el proceso de adaptación a la enfermedad, promueva el apego al tratamiento médico y mejore la calidad de vida de los pacientes. Es deseable que en los próximos años, se presente una transformación de los servicios de salud para la población pediátrica, donde el psicólogo especialista en medicina conductual pediátrica participe en el desarrollo de programas de intervención que sean breves, eficaces, adaptados a la edad y a las necesidades del niño y de la familia.

Tanto las enfermedades crónicas, como el dolor crónico y la obesidad, son padecimientos que limitan de forma importante la funcionalidad del paciente pediátrico, así como el ajuste psicosocial a los eventos normativos de la etapa de desarrollo en la cual se sitúan (escuela, grupos de pares, relaciones con la familia). En este sentido, las intervenciones derivadas de la medicina conductual en pacientes pediátricos permiten que el niño/adolescente y su familia amortigüen el sufrimiento físico y emocional que ya de por sí causa la enfermedad, y de esta manera, mejorar la calidad de vida de ellos.

Una mención aparte merece el caso de la obesidad infantil. Este padecimiento tiene carácter epidémico y sería recomendable el diseño e implementación de programas cognitivo-conductuales apropiados a las características y variables asociadas al padecimiento.

En definitiva, las intervenciones cognitivo-conductuales en padecimientos pediátricos, tienen matices distintos a las de los adultos, ya que el especialista requiere adecuar las estrategias y procedimientos a la edad de desarrollo cognitivo del paciente, considerar la fase de desarrollo psicosocial, y facilitar en la medida de lo posible, que el paciente incremente su funcionamiento cotidiano, para que experimente las tareas normativas propias a la fase

de desarrollo en la que se sitúa. De la misma manera, requiere evaluar el funcionamiento familiar y la presencia de síntomas afectivos o psiquiátricos en el cuidador.

De esta manera, el quehacer del especialista en medicina conductual que trabaja con pacientes pediátricos requiere de competencias específicas, para abordar de manera eficiente los diversos padecimientos.

Así mismo, su campo de aplicación no se restringe al ámbito hospitalario, puesto que diversos padecimientos crónicos se tratan en unidades médicas de primer nivel. Por lo tanto, la generación de conocimiento acerca de la evidencia científica de dichas intervenciones puede ser un vehículo para sensibilizar a las Instituciones de salud y crear la necesidad de los servicios de medicina conductual.

REFERENCIAS

- Alcazar, R. J. (2002). *Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría*. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alderete-Aguilar, C. (2010). *Programa de intervención psicológica para padres de niños con cáncer basado en entrenamiento en inoculación de estrés*. Reporte de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aldridge, A. y Roesch, S. (2007). Coping and Adjustment in Children with Cancer: A Meta-Analytic Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 115-129.
- American Association of Clinical Endocrinologists. (2011). Medical Guidelines for clinical practice for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan. *Endocrine practice*, 17(supl. 2), 1-53.
- Anderson T, Watson M, Davidson R. (2008). The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: A feasibility study. *Palliative Medicine*, 27(7), 814-821.
- Atri, A. y Sharma, M. (2007). Psychoeducation: Implications for the Profession of Health Education. *Californian Journal of Health Promotion*, 5(4), 32-39.
- Barlow, S. E., y Expert Committee (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescents overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics*, 120(s4), s164-s192.
- Baur, A. y Andersen, B. (2001). *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brown, R., Daly, B y Rickel, A. (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Bulacio, J. (2006). Uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas. Recuperado de: http://www.fundacionicap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf
- Carter, B. y Threlkeld, B. (2012). Organización Panamericana de la Salud (2007). Salud en las Américas. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hia/vol2paises.html>
- Carter, B. y Threlkeld, B. (2012). Psychosocial perspectives in the treatment of pediatric chronic pain. *Pediatric Rheumatology*, 10(15), 1-12.
- Casciato, D. (1990). *Manual de Oncología Clínica*. México: Salvat.

- Collado-Mesa, F., Barceló, A., Arheart, K. y Messiah, S. (2004). An ecological analysis of childhood-onset type 1 diabetes incidence and prevalence in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15, 388-394.
- Cruz C.A. (2011). Intervención cognitivo conductual en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cruzado Rodríguez J.A. y Labrador Encinas, F.J. (2008). Técnicas operantes para el desarrollo de conductas. En: Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, (Eds.) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. (pp. 477-500) España: Ediciones Pirámide.
- De los Santos-Roig, M., Carretero-Dios, H. y Buela-Casal, G. (2002). Intervención psicológica en un caso de asma alérgica. *Análisis Psicológico*, 1, 131-147.
- Donovan, D. (1988). Psicología Pediátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 91-101.
- Eiser, C. y Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4).
- Epping-Jordan, J. (2004). Research to Practice: International Dissemination of Evidence-Based Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(2), 81-87.
- Epstein, L. y Wrotniak, B. (2010). Future Directions for Pediatric Obesity Treatment. *Obesity Journal*, 18, Supl. 1, S8-S 12.
- Escobar Mancilla, A.D. (2006). Reporte de experiencia profesional (tesis). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freeman, SmM.(2011). Cognitive behavioral therapy within the palliative care setting. En: Sorocco KH, Lauderdale S, (Eds.). *Cognitive behavior therapy within older adults: innovations across care settings*. Nueva York: Springer Publishing: p. 367-389.
- Food and Agriculture Organization of The United Nations. (2013). *The State of food and agriculture*. Roma: Food and Agriculture Organization of The United Nations.
- Graves, M., Roberts, M., Rapoff, M. y Boyer, A. (2010). The Efficacy of Adherence Interventions for Chronically Ill Children: A Meta-Analytic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 368-382.
- Han, J., Lawlor, D. y Kimm, S. (2010). Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges. *Lancet*, 375(9727), 1737-1748.
- Hernández B, Cuevas-Nasu L, Shamah-Levy, T, Monterrubio, E., Ramírez-Silva, C., García-Feregrino, R., Rivera, J. y Sepúlveda-Amor, J. (2003). Factors associated with overweight and obesity in Mexican school-age children: Results from the National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México*, 45(S4), 551-557.
- Kemler, R. (2009). *Relajación para niños y adolescentes*. España: TEA Ediciones.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). Principales causas de mortalidad por residencia grupal, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- International Association for the Study of Pain. (2006). Psychological Interventions for Acute and Chronic Pain in Children. *Pain: Clinical Update*, XIV(4). Recuperado de: http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU06-4_1390263572138_18.pdf
- International Diabetes Federation. (2011). *Global IDF/ISPAD guideline for diabetes in childhood and adolescence*. Bruselas: International Diabetes Federation.

- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Eds.) (2008). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. España: Ediciones Pirámide. p. 38.
- Labrador, F.J., Larroy, C. y Cruzado, J.A. (2008). Sistemas de organización de contingencias: economía de fichas y contratos conductuales. En: Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (Eds.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 532-557). España: Ediciones Pirámide.
- Lask, B. (1992). Psychological treatments for childhood asthma. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 891.
- Liossi, C. (2006). Psychological interventions for acute and chronic pain for children and adolescents. *Pain Clinical Updates: XIV (4)*, 1-4. Washington: International Association for the Study of Pain.
- Lynch-Jordan, A., Kashikar-Zuck, S., Crosby, L., López, W., Smolyansky, B., Parkins, I., Luzader, C., Hartman, A., Guilfoyle, S. y Powers, S. (2010). Applying quality improvement methods to implement a measurement system for chronic pain-related disability. *Journal of pediatric psychology*, 35 (1), 32-41.
- McClafferty, H. (2007). Abordaje integral de la obesidad. *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, 54, 1239-1252.
- McGrady, M. y Hood, K. (2010). Depressive Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes: Associations with Longitudinal Outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 88(3), e35-e37.
- Meave Loza, S.F. (2002). *Programa de apoyo psicosocial para niños con leucemia y sus familiares*. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Medeiros, M. y Muñoz-Arizpe, R. (2011). Enfermedad renal en niños: Un problema de Salud Pública. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68(4), 259-261.
- Méndez, J., Orgiles, M., López-Raig, S. y Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Moorey, S., Cort, E., Kapari, M., Monroe, B., Hansford, P., Mannix, K., Henderson, M., Fisher, L. y Hotopf, M. (2009). A cluster randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 39 (5), 713-723.
- Olivares, M. y Cruzado, J. (2008). Evaluación psicológica del dolor. En: *Clínica y Salud*, 19 (3), 321-341.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Salud en las Américas. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hia/vol2pais.html>
- Ortiz, M., Cano-Fragoso, C., Lazcano-Ortiz, M., Romo-Hernández, G. y Escamilla-Acosta, M. (2012). Factores de riesgo en niños asmáticos. Conocimiento que tienen sus padres sobre asma. *Acta Pediátrica de México*, 33(3), 126-132.
- Osborn, C. y Egede, L. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Diabetes Self-Care (IMB-DSC). *Patient Education Counseling*, 79(1), 49-54.
- Palermo, T., Eccleston, C., Lewandowski, A., Williams, A. y Morley, S. (2010). Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain*, 148(3), 387-397.

- Patton, S., Dolan, L., Smith, I., Thomas, I., y Powers, S. (2011). Pediatric parenting stress and its relation to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents of young children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 345–352.
- Pawar, D. y Garten, L. (2010). Pain Management in Children (p.255-268). En: *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*. Seattle: International Association for Study of Pain.
- Peters, A. y Laffel, L. (2011). Diabetes Care for Emerging Adults: Recommendations for Transition From Pediatric to Adult Diabetes Care Systems. *Diabetes Care*, 34, 2477-2485.
- Poltorak, D.Y. y Benore, E. (2006) Cognitive-behavioral interventions for physical symptom management in pediatric palliative medicine. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15 (3), 683-691.
- Pompa, E. (2011). *Evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad*. Tesis de doctorado. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Raper, J.T. y Perkin, R.M. (2007). Neonatal population. En: Old, J.L. y Swagerty D,L. (Eds.). *A practical guide to palliative care* (pp. 265-267). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. España: Desclee de Brouwer.
- Reynolds, K. y Helgeson, V. (2011). Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? *Annals of Behavioral Medicine*, 42(1), 29–41.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Ríos, D. (2010). Obesidad en México. *Vigilancia Epidemiológica*, 43 (27), 1-5.
- Rivera, L. (2003). *Diagnóstico del Niño con Cáncer*. Madrid: Mirror de España.
- Rubio Carrasco, S. (2003). Reporte de Experiencia Profesional para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salvy, S., Roemmich, J., Bowker, J., Romero, N., Stadler, P. y Epstein, L. (2009). Effect of peers and friends on youth physical activity and motivation to be physically active. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(2), 217–225.
- Sánchez-Guerrero, O., Romero, A., Rodríguez, V., Rangel, B. y Muñoz-F., S. (2012). Adolescentes diabéticos: el problema de la no adherencia al tratamiento. *Acta Pediátrica Mexicana*, 33(3), 148-149.
- Satterfield, J.M. (2008). *A cognitive-behavioral approach to the beginning of the end of life: Minding the body, facilitator guide*. Nueva York: Oxford University Press: p. 240.
- Secretaría de Salud. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México: Secretaría de Salud; Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.
- Shah, M.S. y Quill, T.E. (2008). Cuidados paliativos. En: Sahler, O.J.Z. y Carr, J.E. (Eds.). *Ciencias de la conducta y cuidado de la salud* (pp. 255-265). México: Manual Moderno.
- Sirgo, A. y Gil, F. (2000). Intervención psicoeducativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En: F. Gil. *Manual de psicooncología*. Madrid: Aula Médica.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien sentirse bien: Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. España: Desclee De Brouwer.

- Steele, R., Aylward, B., Jensen, Ch., Cushing, C., Davis, A. y Bovaird, J. (2012). Comparison of a family-based group intervention for youths with obesity to a brief individual family intervention: a practical clinical trial of positively fit. *Journal of pediatric psychology*, 37(1), 53–63.
- Tezanos, A., Rojas, M. y Soto, M. (2011). Dolor abdominal recurrente. *Revista pediátrica electrónica*, 8(3), 20-24.
- Turk, D.C. y Feldman, C.S. (2000). A cognitive-behavioral approach to symptom management and palliative care: augmenting somatic interventions. En: Chochinov HM, Breitbart W, editores. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. Nueva York: Oxford University Press.
- Valencia, A., Flores, A. y Sánchez-Sosa, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32, 178-198.
- Varni, J. (2014). PedsQL. Recuperado de: <http://www.pedsq.org>
- Varni, J., Thompson, K. y Hanson, V. (1987). The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire. I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain* 28(1). 27-38.
- Villarruel, M.B. (2009). Programa de intervención psicológica para pacientes de leucemia aguda. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villarruel, M.B. (2004). Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestría. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weissberg-Benchell, J., Nansel, T., Holmbeck, G., Chen, R., Anderson, B., Wysocki, T., Laffel, L. y For the Steering Committee of the Family Management of Diabetes Study. (2009). Generic and Diabetes-specific Parent–Child Behaviors and Quality of Life Among Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 977–988.
- Wicksell, R., Lindgren, A. y Greco, L. (2008). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. En: *Acceptance and Mindfulness treatments for children and adolescents*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wilfley, D., Kass, A. y Kolko, R. (2011). Counseling and Behavior Change in Pediatric Obesity. *Pediatrics Clinics of North America*, 58(6), 1-22.
- Wilfley, D., Kolko, R. y Kass, A. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 271-285.

CAPÍTULO 15

Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos

Ana Leticia Becerra Gálvez

Introducción

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte a nivel mundial (Malvezzi, Bertuccio, Levi, La Vecchia y Negri, 2012; Siegel, Naishadham y Jemal, 2012). Esta enfermedad se caracteriza por la multiplicación incontrolada de células que dan lugar a la destrucción de tejidos normales y a la formación de masas tumorales llamadas neoplasias.

El cáncer tiene la capacidad de invadir los tejidos cercanos y movilizarse a otras partes del cuerpo, a través del torrente sanguíneo o sistema linfático, donde se forman nuevos tumores que reciben el nombre de metástasis (*World Health Organization*, 2008). De acuerdo con la ubicación y el tejido del cuerpo que involucre, los tumores malignos pueden clasificarse como (se describe en la Tabla 15.1.).

La experiencia de estar enfermo de cáncer representa un gran reto para los pacientes que son diagnosticados con este padecimiento, ya que se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosocia-

les que afectan de manera significativa su calidad de vida y de los cuales se hablará más adelante.

El impacto psicológico que implica ser diagnosticado con cáncer y la manera en que afecta el bienestar y calidad de vida del paciente, depende de un gran número de factores, por ejemplo (Bayés, 1985):

1. Edad y sexo del paciente.
2. El sitio dónde se localiza la neoplasia.
3. El estadio clínico de la enfermedad.
4. Curso y efectos del tratamiento sobre la enfermedad.
5. El pronóstico médico.

Según el *National Cancer Institute* (NCI) (2013) el 90% de los pacientes con cáncer presentan problemas psiquiátricos clínicamente significativos, principalmente en la etapa diagnóstica y de tratamiento. Mientras que el 70% de los pacientes con cáncer presentan trastornos adaptativos, de un 25 al 58% reportan sintomatología ansiosa o estrés y del 15 al 25% cumplen con criterios de trastorno depresivo mayor.

Carcinomas	Sarcomas	Linfomas	Leucemias
Se originan en tejidos epiteliales como la piel o las mucosas que tapizan las cavidades y órganos corporales, o en los tejidos glandulares (adenocarcinomas).	Se originan en los tejidos musculares, óseos y conectivos.	Se originan en el sistema linfático que es el encargado de transportar el líquido linfático (linfa) la cual contiene a su vez glóbulos blancos, proteínas y otros componentes de la sangre.	Se originan en gran medida en la médula ósea donde se encuentran todas las células madre hematopoyéticas.

Tabla 15.1. Clasificación general de los tumores malignos.

Ante estas cifras es evidente que el cáncer es una enfermedad que coloca al paciente ante situaciones complejas las cuales en consecuencia producen la creación de pensamientos y emociones negativas que requieren de intervenciones psicológicas eficaces centradas en el aprendizaje y aplicación de estrategias de afrontamiento útiles para él y su familia.

Durante todo el proceso de enfermedad es esencial que el paciente comprenda el padecimiento, sus tratamientos, los efectos secundarios derivados de la terapéutica y los cambios que debe asumir en su comportamiento ante su nueva posición de enfermo. El paciente debe generar conductas adaptativas que le permitan recobrar la confianza y la sensación de control, reduciendo de esta forma el desamparo y vulnerabilidad. Es justo por esta razón que la intervención de los psicólogos especialistas en Medicina Conductual, se hace fundamental en dicho proceso adaptativo.

En este capítulo se presentará un panorama general de las intervenciones que potencialmente deben ser realizadas por los especialistas en medicina conductual. Para lograr dicho objetivo, se analizarán cada una de las fases que conforman el proceso de esta enfermedad, se incluirán algunas recomendaciones para efectuar la intervención psicológica y se enmarcarán algunas direcciones futuras de intervención desde este campo interdisciplinario.

Prevención

El ser humano no puede evitar enfermar ni mucho menos, puede evitar la muerte, sin embargo, cuando se habla de cáncer, la prevención y la detección oportuna pueden reducir la mortalidad y aumentar la sobrevivencia de los pacientes.

Algunas preguntas que no se han respondido satisfactoriamente desde una perspectiva científica cuando se habla de cáncer (sea cual sea su localización) son las siguientes: ¿Por qué se origina el cáncer? ¿El cáncer se puede prevenir? Si es así: ¿Qué se tiene que hacer para prevenirlo?

La investigación en este tipo de temas se ha orientado hacia aspectos como el papel de la

herencia familiar (contar con familiares que padecen o padecieron esta enfermedad) (NCI, 2013), la influencia de estados emocionales (Tarditi, 2012), la genética y los estilos de vida (Thomas, Verástegui y Suchil, 2009) y algunos factores socio-ambientales (contaminación ambiental y contacto con sustancias tóxicas) que se relacionan con la aparición de la enfermedad y la sobrevivencia de quienes la enfrentan (Correa y Salazar, 2007). Pese a las investigaciones enfocadas a descubrir el origen del cáncer, aún no se conoce la causa real para esta enfermedad genérica que abarca casi cien tipos de células malignas. Hasta ahora sólo algo es seguro: el cáncer no respeta a nadie y se presenta en todo tipo de persona independientemente de su edad, sexo e historia de vida (Mendoza del Pino, 2006).

En relación a la herencia familiar, se ha encontrado que esta enfermedad se puede presentar en algunas familias debido a dos razones: 1) poseen factores de riesgo en común (por ejemplo tabaquismo o malos hábitos alimenticios) y 2) los antecesores que presentan esta enfermedad transmiten a las generaciones subsecuentes el gen que ha sufrido la mutación que da lugar al cáncer (NCI, 2013).

Con respecto a los estados emocionales, no se ha encontrado evidencia de su causalidad en relación al cáncer. Garsen (2004) publicó un artículo titulado "*Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research,*" en el cual realizó un análisis de setenta investigaciones en las cuales estudiaron la relación del estrés, las relaciones interpersonales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y los estilos de personalidad con el inicio y progresión del cáncer. Este autor concluye que hasta el momento los resultados son diversos, por un lado, no hay suficiente evidencia de que estos agentes contribuyan al desarrollo de la enfermedad, por otro lado, si estos factores psicológicos se interrelacionan e interactúan con otros factores como la herencia familiar, los estilos de vida y algunos factores demográficos es probable que funcionen como agentes promotores de las neoplasias.

Los estilos de vida por su parte se correlacionan con mayor fuerza a la presencia de ciertas neoplasias, por ejemplo, el consumo frecuente y en grandes cantidades de tabaco y alcohol, la dieta deficiente en fibra, la obesidad y/o sobrepeso y la falta de actividad física (Thomas et al., 2009). Es justo en el exceso o déficit de estos comportamientos habituales que los especialistas en medicina conductual tenemos un campo de trabajo.

En cuanto a los agentes socio-ambientales, algunas personas tienen un riesgo mayor de padecer cáncer debido al trabajo que realizan (pintores, trabajadores de la construcción, trabajadores de la industria química) y/o por las condiciones sociales en las que viven. Se ha demostrado que la exposición al asbesto, benceno, bencidina, cadmio, níquel, cloruro de vinilo y humo de leña pueden causar cáncer (Hughes & Weill, 1994).

Según el Instituto Nacional de Cancerología de México (2013) existen diferentes factores de riesgo asociados a la presencia de tumores malignos en general (Figura 15.1.).

- Historia familiar de cáncer
- Envejecimiento (el cáncer ocurre más frecuentemente en adultos mayores de 65)
- Fumar (activa o pasivamente)
- Beber alcohol
- Exponerse a los rayos solares sin protección
- Exponerse a radiación ionizante
- Exponerse a ciertos productos químicos
- Portar algunos virus y bacterias (virus del papiloma humano, hepatitis B y C, VIH, virus de Epstein- Barr y *Helicobacter pylori*)
- Tener sobrepeso
- Dieta deficiente en vitaminas y antioxidantes (Vitamina A, C y E)
- Falta de ejercicio físico

Figura 15.1. Principales factores de riesgo para padecer cáncer.

Saber cuál es la verdadera causa del cáncer resulta un reto para los expertos, sin embargo, el evitar las conductas de riesgo reduce la probabilidad de padecer esta enfermedad.

Bajo este supuesto, los especialistas en medicina conductual tenemos mucho trabajo, pues somos las personas que contamos con las habilidades y conocimientos para lograr que un individuo adquiera, modifique y elimine ciertos comportamientos que afectan su calidad de vida (Figura 15.2.).

Lograr que las personas identifiquen las conductas de riesgo y establezcan cambios comportamentales supone un gran desafío ya que, nos enfrentamos a poblaciones con características diferentes por ejemplo:

- Personas con bajos recursos económicos y cognitivos las cuales no cuentan con acceso a los servicios de salud.
- Personas que saben poco de la enfermedad y que poseen ideas mágico-religiosas en relación a la aparición y curación de la misma (por ejemplo, brujería, encantamientos, mal de ojo, etc.).
- Personas que tienen acceso a información y que conocen un poco en torno a la enfermedad pero que sin embargo, lo que conocen del padecimiento no cuenta con el rigor científico o es de dudosa procedencia (por ejemplo, gente que acostumbra a leer artículos del internet, revistas o que incluso obtienen información de familiares y amigos), lo que provoca malos entendidos, favorece la pérdida de control sobre la situación y mal ajuste a la enfermedad pues creen “todo” lo que escuchan o leen.
- Personas que identifican la enfermedad, saben de sus posibles causas, saben que se encuentran en riesgo y están al tanto de lo que tienen que hacer pero aún así no lo hacen.

Son muchos los obstáculos que se tienen que vencer para hacer verdadera prevención en torno al cáncer, mencionaré solo aquellos que considero esenciales:

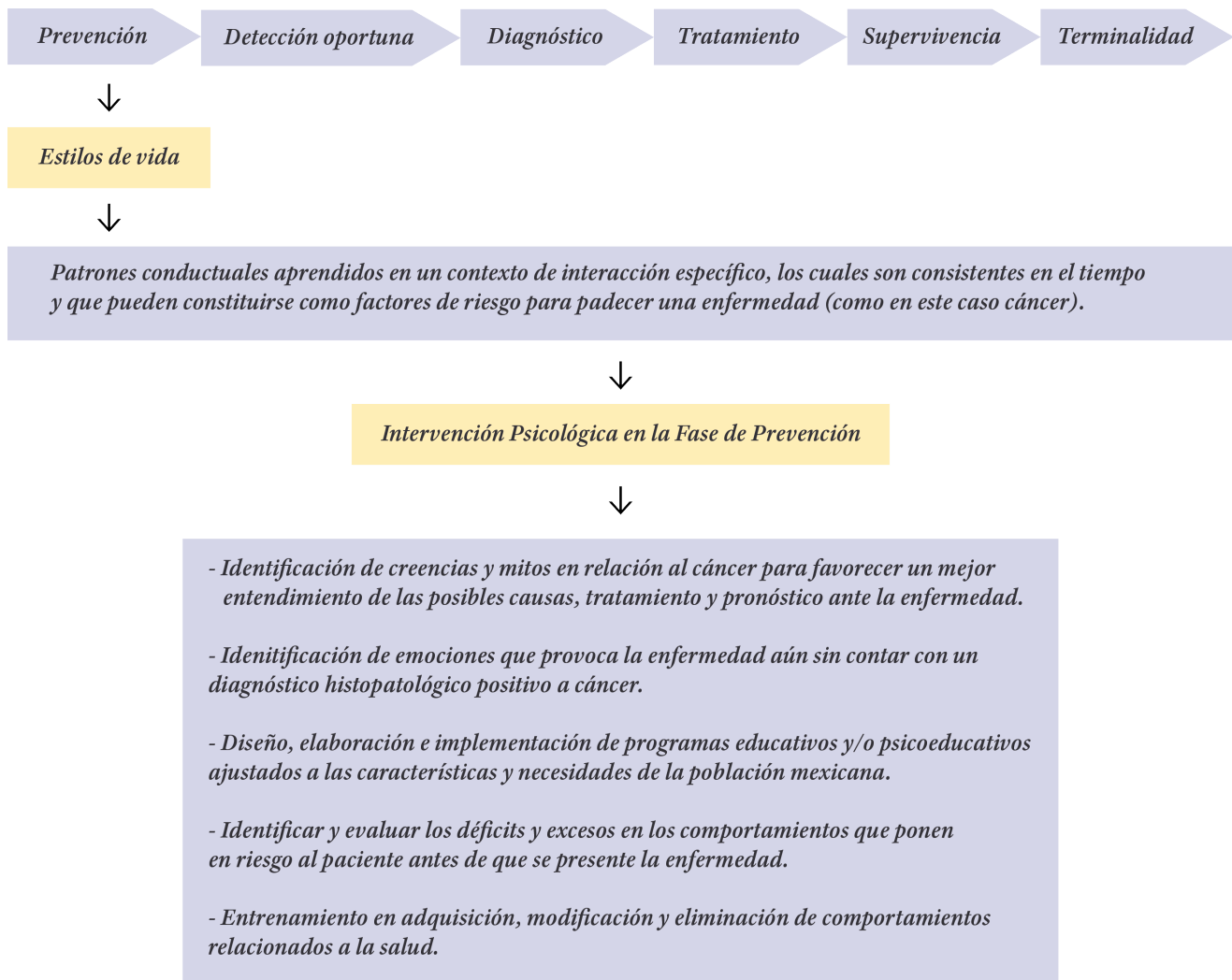


Figura 15.2. Intervención desde la perspectiva de la medicina conductual para la modificación de estilos de vida en poblaciones que pueden padecer cáncer.

- Las creencias de una cultura como la nuestra que muy difícilmente se pueden modificar (por ejemplo, ideas generalizadas “cáncer es igual a muerte,” “yo no voy con el matasanos,” “si voy al hospital es ir al matadero”), las costumbres e ideas de comparación (“a mi comadre le dio cáncer y la quimioterapia la mató”) y las ideas en torno a la vida y a la muerte (“si me ha de llevar la muerte por lo menos que me lleve feliz,” “para qué cuidarse tanto si de todas maneras nos vamos a morir”).
- El sistema de salud (en cualquiera de sus tres niveles) se caracteriza por la atención de enfermedades y muy pocas veces se focaliza en la prevención.
- Un punto clave para que el paciente realice cambios en su vida es el trabajo y compromiso que adquiera con su vida, los médicos y por supuesto con el psicólogo especialista en Medicina Conductual.
- No todos los especialistas en medicina conductual cuentan con las habilidades clínicas, con los conocimientos para la aplicación de las técnicas que enseñen al paciente comportamientos saludables.

El cáncer es una enfermedad difícil de prevenir que se caracteriza por ser silenciosa y, a decir coloquial de médicos, “traicionera,” es probable que se pueda hacer mucho más en términos de detección, motivo por el cual en el siguiente apartado se hablará al respecto.

DetECCIÓN OPORTUNA

Como ya se mencionó la prevención en un primer nivel tiene que ver con cambios en el estilo de vida de aquéllos que aún no presentan un diagnóstico. Sin embargo, esos comportamientos protectores incluyen también pruebas e intervenciones que deben ser realizados por un especialista, pues no todos los cánceres se pueden detectar fácilmente por el paciente.

La mayoría de las pruebas de detección del cáncer (también llamada prevención secundaria) son mínimamente invasivas; sin embargo, implican riesgos derivados del mismo procedimiento (como perforación del intestino cuando se realiza una colonoscopia, o dolor en los senos derivado de la mastografía), el resultado de las pruebas pueden arrojar falsos positivos (lo que puede conducir a estados de ansiedad en el paciente), falsos negativos (que conllevan estado de ansiedad y depresión en el paciente cuando nota que no mejora su condición física) y también puede producirse un sobrediagnóstico, es decir, hablar de una condición que no habría sido clínicamente significativa la cual no se hubiera detectado con la prueba.

La detección oportuna del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz. Los dos componentes principales de la detección oportuna son: la educación (para comprender mejor la enfermedad y evitar la presencia de ideas erróneas), conocer el nivel de riesgo percibido por el paciente y efectuar las pruebas médicas para identificar la enfermedad antes de que se presenten los síntomas (Shiloh, Drori, Orr-Urtreger y Friedman, 2009).

La medición de la probabilidad de riesgo en las pruebas de detección se calcula generalmente considerando los aspectos que se presentan en la Figura 15.3.

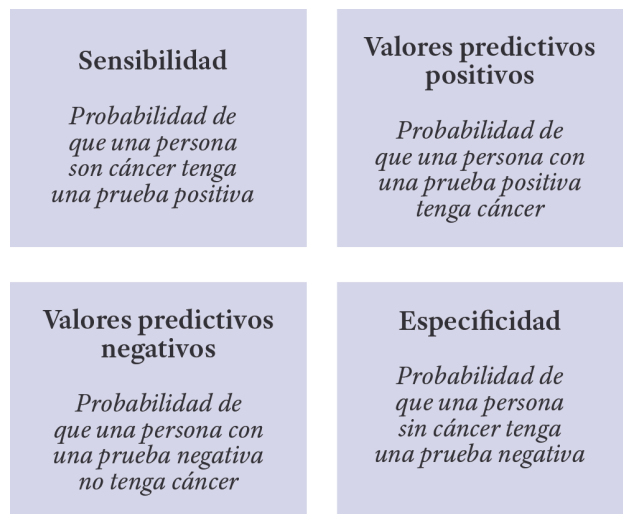


Figura 15.3. Indicadores médicos para la detección del cáncer.

No todas las pruebas de detección son útiles y la mayoría tienen riesgos, sin embargo, son de suma importancia para la elaboración de un diagnóstico, por esa razón es significativo que el especialista en medicina conductual explique claramente al paciente el objetivo que tienen las pruebas, la importancia que tienen en el proceso de detección y que promueva en el paciente conductas de apego al tratamiento (de encontrarse un diagnóstico positivo a cáncer) y/o fomentar el mantenimiento de conductas que incluyan acudir al médico y realizar estas pruebas en el tiempo recomendado (Figura 15.4).

Actualmente las organizaciones de salud pública están elaborando pautas para el cuidado de la salud y realizando actividades de detección basados en manuales de procedimientos clínicos (cimentados en la opinión de expertos y revisiones sistemáticas de evidencia médica), para crear directrices de evaluación e investigación (Burda, Norris, Holmer, Ogden y Smith, 2011).

Pese al gran interés de las autoridades de salud en México por diseñar y aplicar programas de detección oportuna en cáncer no se ha tenido el éxito deseado, ya que no existe un seguimiento integral del paciente. Veamos como ejemplo el caso de las campañas de detección del cáncer de mama,

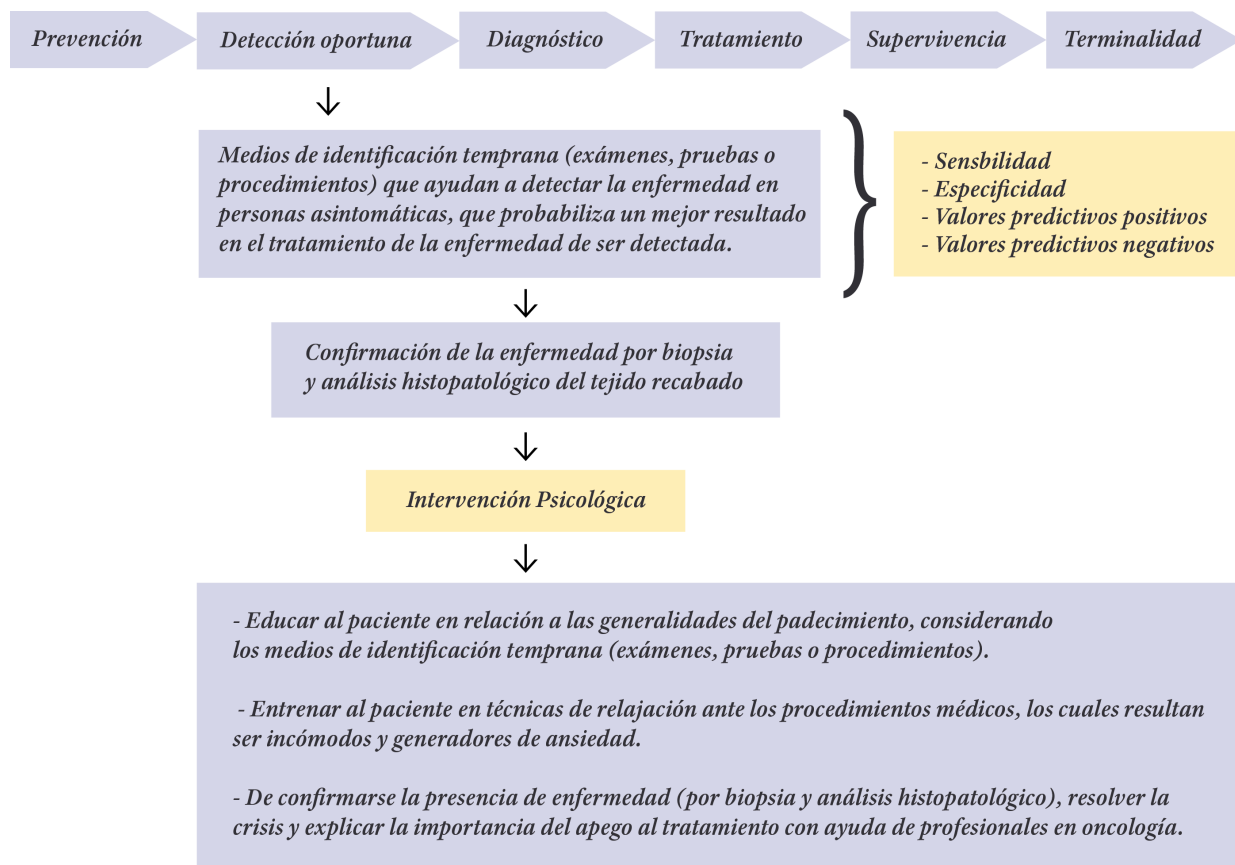


Figura 15.4. Intervención psicológica para la detección del cáncer.

donde por un lado, se invita a las mujeres a realizarse autoexploraciones mensuales con el fin de encontrar cambios en sus senos, la pregunta es: ¿saben en realidad cómo y cuándo hacerlo? ¿Saben a dónde acudir en caso de observar algo raro? ¿Acaso sabrán que existen tipos de cáncer que no necesariamente forman “bolitas”?

En esta misma línea es común que se desarrollen campañas que ofrecen mastografías gratuitas o a bajo costo con el objetivo de incluir a toda aquella mujer que se encuentre en riesgo de padecer cáncer de mama, sin embargo, es frecuente ver que la mayoría de estas mujeres carecen de conocimiento certero y claro en relación al padecimiento, no entienden aquello que se dice en el reporte radiológico y desconocen la ubicación de la institución o de los especialistas a los que tienen que acudir de presentarse una anomalía. Hacer

entonces la prueba, no necesariamente implica detectar a tiempo.

En conclusión, el trabajo del especialista en medicina conductual en prevención de las enfermedades crónico degenerativas es bastante e implica un gran esfuerzo multidisciplinario.

Diagnóstico

Esta fase se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre, tanto el paciente como la familia se encuentran ante un impacto psicológico intenso o de “shock” (Malca, 2005), caracterizado por una disminución significativa de la atención y la concentración por lo que se dificulta la comprensión de lo que ocurre a su alrededor en ese momento y posterior a la notificación. Dicho impacto puede perdurar por semanas o meses (Benedict y Penedo, 2013) (Figura 15.5).

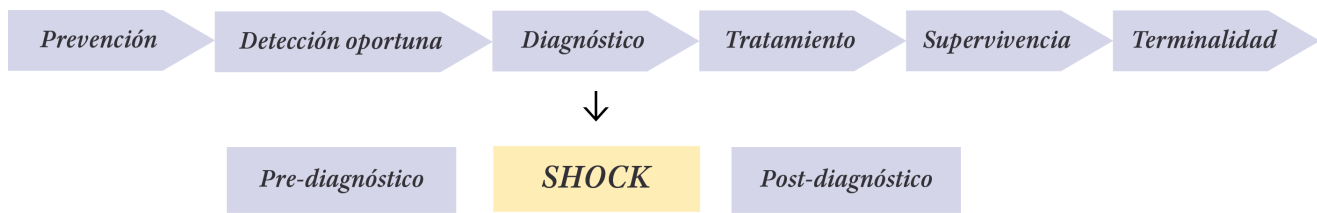


Figura 15.5. Fases pre y post diagnóstica en el paciente con cáncer.

Antes del diagnóstico, es probable que el paciente haya notado algo “malo” o fuera de lo normal en su cuerpo que quizás le haga sospechar que se trata de cáncer (por ejemplo, cuando una mujer durante su baño diario nota un abultamiento en el seno y piensa que puede ser cáncer), generando estados de miedo y ansiedad.

Algunos pacientes suelen tener una noción más amplia de su probable diagnóstico (porque se han mantenido informados o han tenido familiares con cáncer), por lo que saben a lo que se enfrentarán marcando una predisposición ante la enfermedad de ser confirmada.

En otros casos es probable que el paciente haya navegado de un médico a otro en busca de un diagnóstico (por lo que llegan con el especialista con tumores avanzados), generando estados de desesperación y desconfianza hacia el personal médico. También existen pacientes que no se “imaginaron nunca” tener una enfermedad como el cáncer por lo que el impacto y desconcierto son mayores.

Independientemente de la experiencia previa del paciente que se encuentra en el período pre diagnóstico, el especialista en medicina conductual tiene mínimamente que realizar las siguientes actividades (Becerra, 2013) (Figura 15.6).

De ser confirmado el diagnóstico de cáncer, es probable que al paciente le resulte difícil captar la información proporcionada por el médico. En ocasiones puede desear no saber nada o la familia puede decidir ocultar la información del diagnóstico, sin embargo, la elección de tomar o no el tratamiento es del enfermo y, a menos que no pueda decidir (por condiciones médicas extremas) el familiar o cuidador deberá hacerlo.

Intervención Psicológica en la etapa pre-diagnóstica
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista inicial • Identificación de creencias irracionales o anticipadas relacionadas con el origen y tipo de enfermedad • Identificar situaciones percibidas como generadoras de estrés, ansiedad o depresión (como por ejemplo los síntomas provocados por la enfermedad) • Identificar estilos o estrategias de afrontamiento ante problemáticas de salud previas e identificar el locus de control del paciente • Confiabilizar la información recabada (entrevista con familiares, revisión de expediente) • Realizar un análisis funcional de las conductas problema • Obtener un diagnóstico psicopatológico del paciente y canalizar a otro especialista si es necesario (psiquiatría-especialista en dolor) • Proporcionar información al paciente y familiares relacionada con la sospecha de malignidad y probable pronóstico de encontrarse cáncer (si es posible con ayuda del médico)

Figura 15.6. Intervención psicológica en la fase pre-diagnóstica en pacientes con cáncer.

Durante este período la intervención del especialista en Medicina Conductual consiste en detectar las necesidades emocionales (del paciente y la familia) para reducir el miedo, la ansiedad y el estrés. Una vez hecho esto se necesita promover la

sensación de control sobre la enfermedad y hacer notar que pese al diagnóstico existen una serie de comportamientos que se tienen que efectuar para afrontar esta nueva situación.

La intervención psicológica que más se utiliza en este período de la enfermedad es la psicoeducación la cual provee al paciente de información que le ayudará de alguna manera a tomar una decisión en relación al tratamiento, además se puede proporcionar en una sesión y en aproximadamente 20 minutos una vez pasada la crisis emocional (Becerra, 2013; Jacobsen y Jim, 2008) (Figura 15.7).

to tiempo tiene que someterse a éste, el costo y por supuesto los efectos secundarios temporales y permanentes que provocará a nivel físico y psicológico.

Evidentemente el tratamiento y sus efectos secundarios dependen de factores tales como la biología del tumor (ya que hay tumores más agresivos que otros), la evolución del tumor (es decir, en qué estadio clínico se encuentra según su tamaño y capacidad de invasión) y las características del paciente (como por ejemplo su estado nutricional, edad, etc.).

Durante este período se presentan diferentes

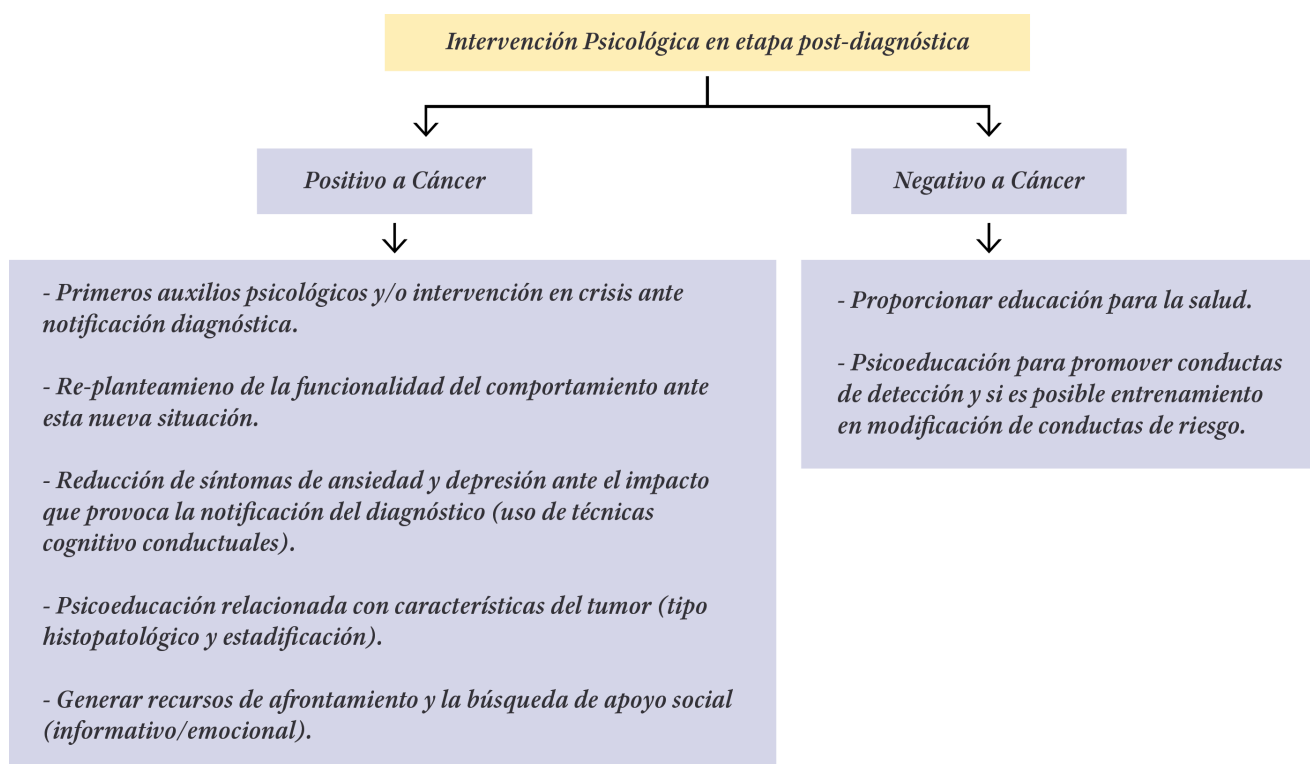


Figura 15.7. Intervención psicológica en la fase post-diagnóstica en pacientes con cáncer.

Tratamiento

Durante este período el paciente tiene que enfrentarse en primera instancia a la toma de decisión de someterse o no al tratamiento que el médico recomienda. Además muy pocas veces el paciente o la familia cuenta con la información suficiente para entender el objetivo que tendrá el tratamiento (“curativo”-paliativo), en qué consiste, cómo será suministrado, cuán-

dificultades físicas y funcionales, incertidumbre relacionada a la eficacia del tratamiento, a los efectos secundarios (Tabla 15.2) y al pronóstico, sumándose a esta sensación de pérdida de control, los problemas sociales, la pérdida de las rutinas diarias, del trabajo y de algunas redes sociales de apoyo (Benedict y Penedo, 2013). Debido a la presencia e intensidad de los efectos secundarios, así como ante la percepción

de tener poco control sobre los malestares es muy probable que el paciente genere una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual puede dar como resultado el abandono del mismo.

Otra característica del período de tratamiento es que el paciente pasa mayor tiempo en el hospital, ya sea por las citas, los análisis y estudios clínicos, por el tratamiento y/o por las complicaciones del tratamiento. Es común que mientras los pacientes esperan entrar a las citas con el oncólogo, escuche conversaciones o conozca a otros pacientes con el mismo tipo de cáncer, por lo que se puede generar un simple y sencillo pensamiento de asociación, es decir, si el otro paciente (que funciona como modelo de comparación), experimenta efectos adversos ante el tratamiento, sus síntomas se agravan o desafortunadamente fallece, es probable que el paciente que observa y escucha la información del modelo, genere cogniciones anticipadas en relación

a situaciones que no ha vivido pero “seguramente” vivirá por el hecho de que el otro lo vivió. Además de que este contexto de interacción pone en contacto al paciente con problemas psicosociales que afectan su calidad de vida como por ejemplo: los gastos económicos derivados de los traslados al hospital, los estudios y las medicinas, los tiempos de espera prolongados, la ansiedad previa al resultado de los estudios, etc.

La intervención del especialista en Medicina Conductual en la fase de tratamiento está enfocada en dotar de información útil y clara relacionada a las generalidades del tratamiento, entrenar al paciente y a la familia en el ejercicio de estrategias de afrontamiento adaptativas y por supuesto un entrenamiento en solución de problemas que se deriven del mismo (Figura 15.8).

Cirugía	Quimioterapia	Radioterapia	Terapias blanco
<p>Pérdida del órgano donde se presenta la enfermedad.</p> <p>Vivir con la cicatriz del lugar donde se realizó la incisión.</p> <p>Problemas de movimiento y actividad.</p> <p>Problemas nutricionales (por ejemplo cuando se remueve un intestino).</p> <p>Cambios en la función sexual y fertilidad (en cáncer de mama, ginecológicos, de testículo y de próstata).</p> <p>Dolor agudo o crónico.</p>	<p>Nausea.</p> <p>Vómito.</p> <p>Fatiga.</p> <p>Alopecia.</p> <p>Cambios en la textura del cabello y uñas.</p> <p>Problemas sexuales.</p> <p>Menopausia prematura.</p> <p>Infertilidad.</p> <p>Reducción de la capacidad pulmonar y/o dificultad para respirar.</p> <p>Problemas en el riñón y vías urinarias (por toxicidad la mayoría de los casos).</p> <p>Neuropatía, hormigueo y/o entumecimiento en áreas específicas del cuerpo (por ejemplo, manos y pies).</p> <p>Debilidad en los músculos.</p> <p>Problemas cognitivos como pérdida de la concentración o capacidad para memorizar nueva información.</p> <p>Osteoporosis</p> <p>Segundas neoplasias.</p>	<p>Pérdida permanente del cabello o vello de la zona donde se radia.</p> <p>Sensibilidad e irritación de la zona donde se radia.</p> <p>Proctitis (proceso inflamatorio en el recto).</p> <p>Sensibilidad y/o pérdida de dientes (si se han radiado partes cercanas a la boca).</p> <p>Pérdida en la producción de lágrimas o de saliva (en el caso de algunos tumores de cabeza y cuello).</p> <p>Problemas en el sistema digestivo en caso de radiación cercana a esta área.</p> <p>Segundas neoplasias en las áreas radiadas.</p>	<p>Rash (presencia de salpullido o manchas en la piel).</p> <p>Crecimiento de cabello, pestañas.</p> <p>Síndrome mano-pies (enrojecimiento, hinchazón y dolor en manos y pies).</p> <p>Resequedad excesiva en cuero cabelludo y piel.</p>
Efectos emocionales y conductuales ante los cambios físicos y de la imagen corporal			

Tabla 15.2. Efectos secundarios al tratamiento en pacientes con cáncer.

Supervivencia

Una vez que se ha concluido el tratamiento médico oncológico empieza un período que se caracteriza por la presencia de condiciones difíciles, pues el

paciente pasará por un proceso de transición que lo llevará de regreso a su vida “normal” y ese es el primer gran reto.

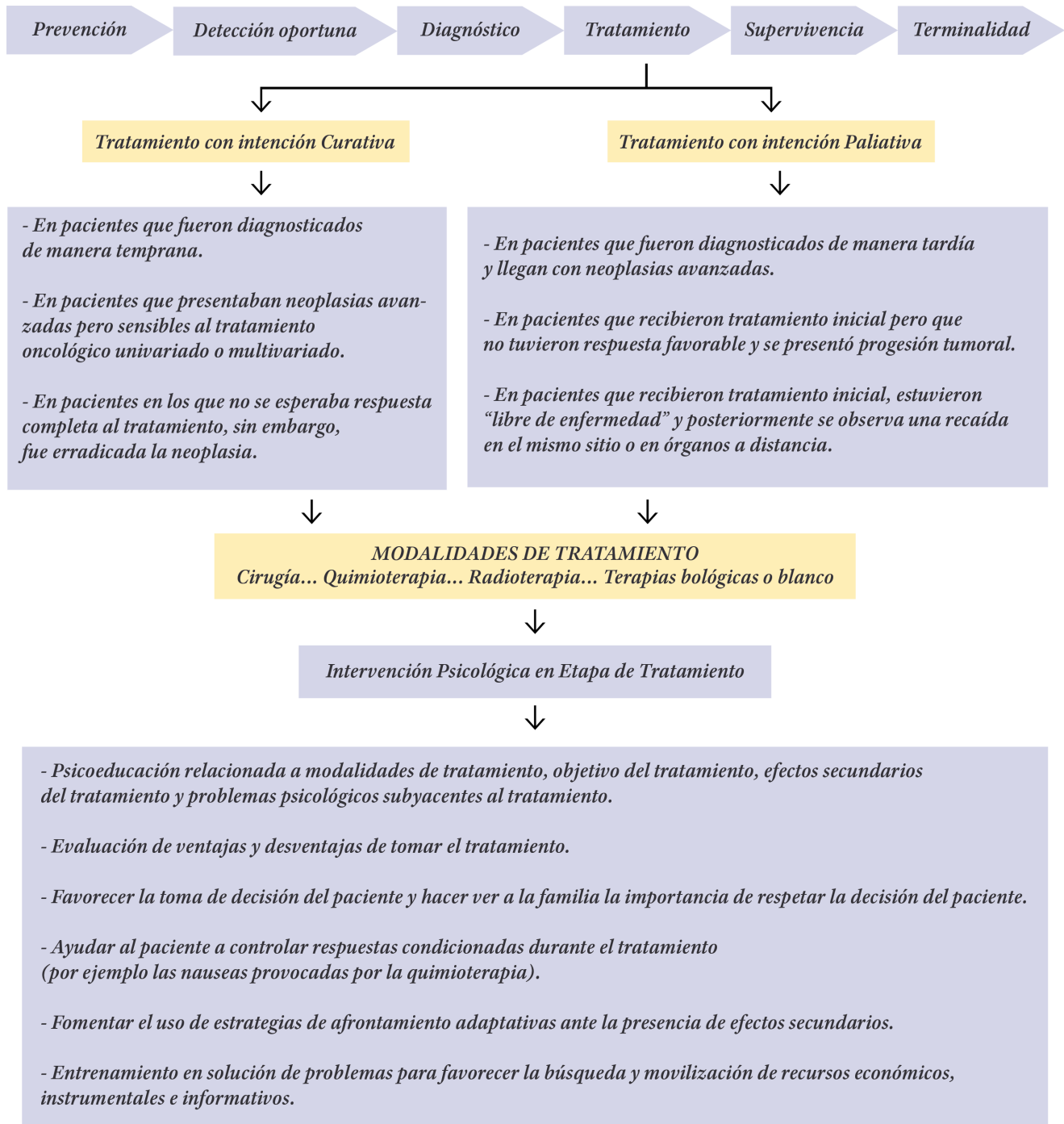


Figura 15.8. Intervención psicológica en la fase de tratamiento en pacientes con cáncer.

Con frecuencia, el paciente que termina con el tratamiento del cáncer es considerado como un “sobreviviente al tratamiento”, y puede atravesar por un período de alegría (ya que tal vez siente alivio al haber superado las exigencias del mismo). Pese a esta situación también se pueden presentar episodios de tristeza y preocupación sobre todo al pensar que el cáncer puede estar creciendo y los médicos no lo han identificado o que el tumor puede regresar e invadir otros órganos cercanos y a distancia (Lee-Jones, Humphris, Dixon y Hatcher, 1997).

En esta transición se espera que la vida del paciente “vuelva a ser la misma de antes de saberse enfermo”, pero adaptarse a esta nueva situación puede resultar complicado por las demandas de sus diferentes contextos de interacción.

Algunos desafíos que tiene que enfrentar el paciente son: retomar sus actividades diarias, las relaciones interpersonales, las relaciones sexuales y de pareja, realizar cambios en la implementación de los nuevos planes de vida, tiene que implementar cambios conductuales saludables, sobrellevar los cambios provocados por los efectos secundarios (en dado caso de que sean permanentes), adaptarse a los daños en la imagen corporal, reincorporarse al campo laboral, enfrentar las pérdidas de oportunidades de promoción laboral y sobre todo manejar sus miedos en relación a la recurrencia (Ernstmann, Neumann, Ommen, Galushko, Wirtz et al., 2009; Ferguson, Cassel y Dawson, 2010; Ferro y Borrás, 2011).

Todos los supervivientes del cáncer deberán tener cuidados de seguimiento, pero a diferencia de la etapa de tratamiento donde el médico seguía de cerca la evolución del paciente (lo que en ocasiones puede generar una dependencia del paciente), ahora es él quien tiene que identificar y seguir las indicaciones al pie de la letra.

En general el período de supervivencia puede dividirse en tres categorías (Mullan, 1985):

1. La etapa aguda: comprende desde la entrega del diagnóstico hasta la finalización del tratamiento.

2. La etapa extendida: cuando del tratamiento ha finalizado y la enfermedad se encuentra en remisión (período en el que el paciente no presenta síntomas derivados de la enfermedad y se cree que no hay presencia de células malignas).
3. La etapa permanente: cuando el paciente está libre de enfermedad y la probabilidad de recaída es mínima y se considera que a partir de los cinco años de no presentar recaída el paciente es considerado como sobreviviente “permanente.”

Algunos de los principales problemas psicológicos que presentan los pacientes en esta fase son: trastornos adaptativos, ansiedad, altos niveles de estrés y problemas con su primer grupo de apoyo y por supuesto miedo a la recidiva (Tomich y Helgeson, 2002). Evidentemente ante estas necesidades las intervenciones del médico conductual están encaminadas a favorecer el ajuste y mantener las estrategias de afrontamiento funcionales (Figura 15.9).

Terminalidad

La mayoría de los pacientes con etapas avanzadas presentan preocupaciones psicosociales y espirituales, por lo que se requiere un ajuste de respuesta ante estos desafíos. Temas relacionados a la funcionalidad y dinámica familiar ante la muerte, la sobrecarga de los cuidadores, la muerte, la espiritualidad y Dios, son generadores principales del malestar psicológico en el paciente con cáncer en etapa terminal (Mc Coubrrie y Davies, 2006).

El especialista en medicina conductual puede ayudar al paciente a identificar las fuentes de significado y propósito de la vida, apoyar la expresión de los sentimientos (incluso los más difíciles, incluyendo la tristeza de decir adiós o preocupaciones sobre la falta de sus seres queridos por sentirse dispuesto a morir), con el objetivo de mantener la calidad de vida del paciente (Figura 15.10).

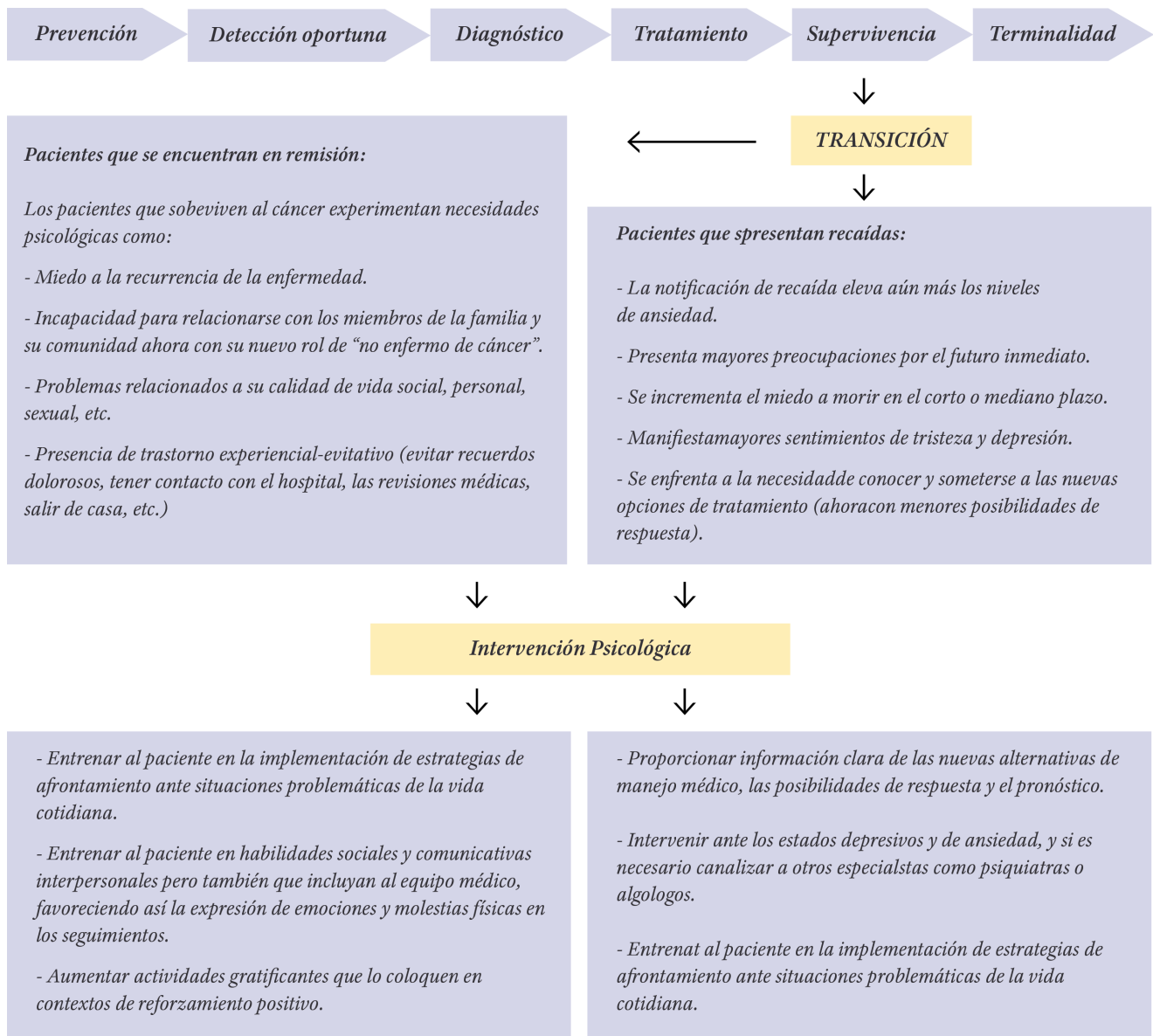


Figura 15.9. Intervención psicológica en la fase de supervivencia en pacientes con cáncer.

Las siguientes son algunas de las preocupaciones comunes expresadas por los pacientes con enfermedad avanzada (Santana, 2011):

- El significado de la enfermedad (*¿Por qué a mí?, ¿Por qué ahora?*)
- Incertidumbre Espiritual (*¿Qué tiene Dios para mí?, Después de muerto ¿Dónde estaré?*)
- El temor de aumentar la dependencia de otros (*“Me da vergüenza y tristeza al ver que hacen todo por mí”*). El aumento de la necesidad de

- solicitar ayuda para las funciones diarias (como por ejemplo bañarse, orinar o defecar en la cama) puede ser humillante e incluso llevar a los pacientes a pensar en acelerar la muerte.
- La incertidumbre y el temor por el futuro enfocado a los que se quedarán cuando llegue la muerte (*¿Qué será de mi familia? ¿Quién cuidará de ellos?*).

Resolver estas preguntas desde una perspectiva conductual es imposible, sin embargo,

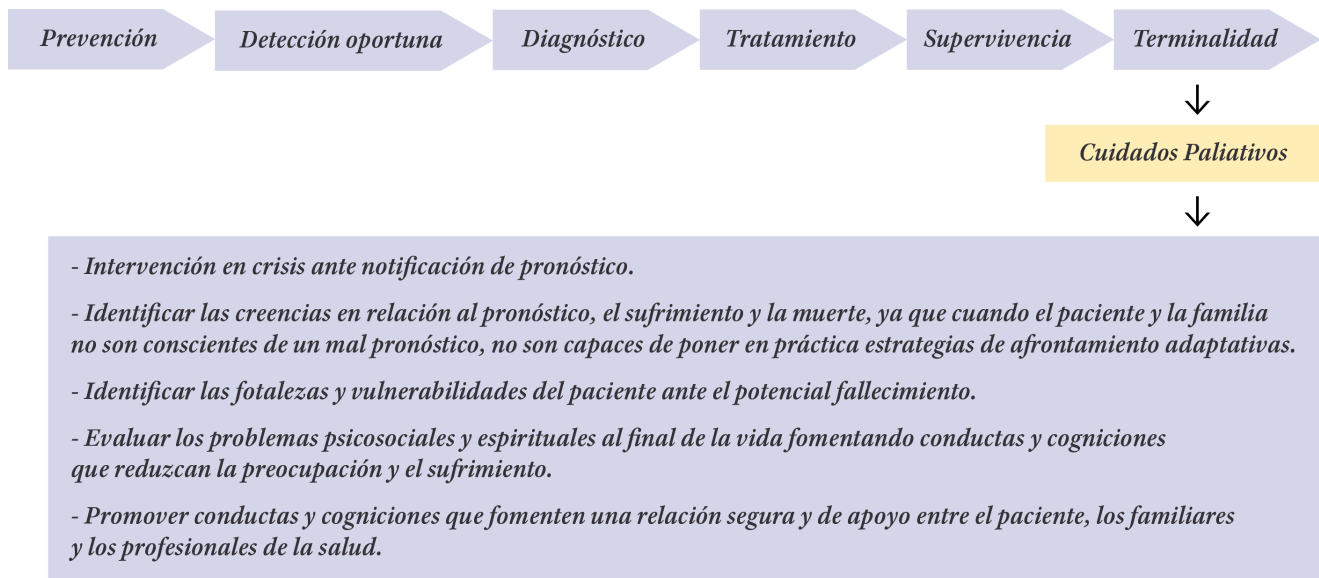


Figura 15.10. Intervención psicológica en la fase terminal en pacientes con cáncer.

se debe fomentar la autorreflexión y búsqueda de respuestas desde las creencias socio-religiosas del paciente. El especialista en medicina conductual puede ayudarlo a hacer planes con anticipación sobre las necesidades que se presentan en el día a día.

Conocer los deseos del paciente puede ayudar a facilitar las decisiones importantes que se toman para su beneficio durante un período muy cargado de emociones. Es sumamente útil si la planificación y la toma de decisiones relacionadas con la etapa final de la vida comienzan a realizarse poco después del diagnóstico y continúan durante la evolución de la enfermedad (Sullivan, Lakoma, Biling, Peters y Block, 2005). Tener estas decisiones por escrito, puede hacer que los deseos del paciente resulten más claros, tanto para la familia como para el equipo de atención de la salud.

La planificación para la etapa final de la vida incluye tomar decisiones acerca de aspectos como:

- Metas del tratamiento (por ejemplo, si se van a usar ciertos medicamentos durante los últimos días de vida).
- Lugar donde el paciente desea pasar sus últimos días.

- Tratamientos que el paciente desea recibir en la etapa final de su vida.
- Tipo de cuidado paliativo y programas para enfermos terminales que el paciente desea recibir.

La mayoría de las personas no conocen los signos de la muerte que se acerca. Los pacientes con cáncer avanzado experimentan a menudo síntomas de ansiedad y depresión que interfieren con calidad de vida y se relacionan con los resultados médicos más graves, y aunque la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento empíricamente validado de primera línea para los trastornos de ansiedad, no aborda los patrones de pensamiento negativos, en especial aquellos que son racionales, la preocupación sobre el dolor, la discapacidad, la muerte y los cambios en el estado funcional (Greer, Park, Prigerson y Safren, 2010).

En el caso de los familiares, saber lo que va a ocurrir los puede preparar para la muerte de su ser querido y hacer que este período sea menos tenso y confuso (Sullivan, et al., 2005). Los proveedores de atención de la salud pueden brindar información a los miembros de la familia acerca de los cambios

que puedan ver en su ser querido en las horas finales y cómo pueden ayudarlo a atravesarlos. El paciente y los miembros de la familia deben dejarle saber al equipo de atención de salud acerca de cualquier costumbre o ritual que deseen que se lleve a cabo después de muerte del paciente.

Los familiares suelen hacer grandes cambios en su vida en el curso de la atención de pacientes con enfermedades terminales. Muchas familias informan de la pérdida de los ahorros y bienes materiales para poder pagar el tratamiento del enfermo, muchos dejan de trabajar y la carga emocional puede llevarlos a la depresión, por lo que es necesario que los proveedores de atención de la salud, el personal de cuidados paliativos, los trabajadores sociales y los especialistas en medicina conductual expliquen los pasos que deben tomarse una vez que la muerte ha sucedido.

Como se ha podido describir a lo largo de este capítulo, los problemas psicológicos a los que se enfrentan los pacientes son diversos y están de la mano con el significado del padecimiento, las creencias y comportamientos del paciente y a la fase de la enfermedad en la que se encuentra. A pesar de ello, persisten algunos problemas psicológicos en las diferentes fases de los cuales se hablará en el siguiente apartado.

Principales problemas psicológicos reportados por los pacientes con cáncer

Parte de las actividades del especialista en Medicina Conductual es identificar los problemas psicológicos de los pacientes y establecer un diagnóstico preciso el cual incluya aspectos del modelo conductual pero también los criterios nosológicos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* versión IV (DSM IV) con el objetivo de ubicar la sintomatología del paciente en un trastorno si es necesario. Sin embargo es muy complicado identificar y elaborar un diagnóstico en las condiciones hospitalarias que vive día a día el médico conductual además de otras razones como:

1. La sintomatología psicológica es muy parecida a los malestares provocados por los efectos secundarios del tratamiento o por la misma actividad tumoral (como por ejemplo, el trastorno depresivo mayor puede confundirse con los efectos de la quimioterapia ya que comparten algunos criterios como falta de apetito, pérdida de la energía y alteraciones en el hábito del dormir).
2. La falta de tiempo y la dificultad del paciente para expresar o discutir con el terapeuta sus problemas psicosociales (no todos los pacientes tienen la confianza o la asertividad para expresar sus experiencias previas).
3. La formación de los psicólogos con enfoque conductual y cognitivo-conductual pocas veces favorece la identificación de la presencia de un trastorno del DSM-IV, ya que el paradigma teórico que dominan es incompatible al modelo mentalista manejado por los psiquiatras.
4. A pesar de la renovación de los manuales de evaluación e identificación de problemas psiquiátricos (como por ejemplo el DSM) es complicado ubicar a un paciente según las nosologías expresas pues son muy parecidas en sus criterios diagnósticos.
5. Las principales complicaciones psicológicas presentadas en pacientes con cáncer son trastorno adaptativo (Tabla 3), ansiedad (Tabla 4), depresión (Tabla 5) y dolor (Tabla 6).

Trastorno Adaptativo	
Incidencia	Lo presenta el 70% de los pacientes oncológicos (NCI, 2013).
Características principales	Se caracteriza por una variedad de síntomas conductuales o emocionales clínicamente significativos que se producen como resultado de un evento amenazante, se produce dentro de los tres primeros meses después del evento desencadenante y por definición no dura más allá de los seis meses de la desaparición del estresante o sus consecuencias.

Consideraciones en los pacientes con cáncer	<p>El cáncer es una enfermedad crónica que toma más allá de seis meses. Las consecuencias psicológicas derivadas de la enfermedad van más allá de dicha temporalidad. La identificación y el diagnóstico de trastorno de adaptación no es fácil y puede confundirse con otros trastornos del estado de ánimo.</p>
Acciones a realizar por el especialista en Medicina Conductual	<p>Debe entender y manejar el trastorno adaptativo como la disfuncionalidad de los comportamientos y no como la elaboración del diagnóstico basado en síntomas.</p> <p>Identificar los elementos psicológicos que figuran en el trastorno adaptativo, ya que los pacientes que lo presentan pueden ser más rígidos en su pensamiento y si las viejas estrategias de afrontamiento y resolución de problemas falla, la persona puede empezar a mostrar estado de ánimo deprimido y ansiedad asociados con este trastorno. Se requiere que el especialista en medicina conductual establezca un análisis funcional de la conducta preciso, considerando las características espacio-temporales durante el proceso de enfermedad y en consecuencia enfocar el ejercicio del entrenamiento psicológico en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento útiles en el paciente y en la familia.</p> <p>La identificación rápida de trastorno de adaptación puede provocar una intervención psicológica temprana que mejora la calidad de vida del paciente o, por lo menos, impide un mayor daño en la capacidad funcional del paciente.</p> <p>Se requiere de un entrenamiento en habilidades de afrontamiento centrado en los problemas, psicoeducación, entrenamiento en resolución de problemas y promover en el paciente la búsqueda de redes de apoyo social.</p>

Tabla 15.3. Trastorno adaptativo en pacientes con cáncer: características y consideraciones.

Ansiedad	
Incidencia	Presentado por un 22-58% de los pacientes con cáncer (NCI, 2013).
Características principales	La ansiedad es una respuesta emocional que incluye aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos, la cual se caracteriza por ser displacentera para el paciente.
Consideraciones en los pacientes con cáncer	<p>La ansiedad puede tener muchas causas en pacientes con cáncer. En el paciente con enfermedad avanzada, los síntomas de ansiedad son más probables que surjan a partir de una complicación médica de la enfermedad o tratamiento.</p> <p>Las cargas financieras y los cambios de rol de la familia son otros factores estresantes comunes.</p>
Acciones a realizar por el especialista en Medicina Conductual	<p>Identificar las creencias que promueven temores exagerados, ayudando al paciente a tener en cuenta las diferentes posibilidades de resolución ante el problema.</p> <p>Entrenar al paciente en ejercicios sencillos enfocados en la respiración, meditación y relajación muscular progresiva, ya que la mayoría de los pacientes con cáncer, incluso aquellos con enfermedad avanzada, son candidatos a técnicas de comportamiento a pesar de debilitamiento físico.</p> <p>Considerar realizar una interconsulta a psiquiatría en caso de presentarse un trastorno de ansiedad grave y conocer si es posible las características de los ansiolíticos (benzodiazepinas-neurolepticos).</p>

Tabla 15.4. Ansiedad en pacientes con cáncer: características y consideraciones.

Depresión	
Incidencia	La prevalencia de la depresión mayor en individuos con cáncer varía ampliamente del 15-25% (NCI, 2013). Sin embargo, la mayoría de los pacientes experimentan un menor grado de sintomatología depresiva en las diferentes etapas de la enfermedad. En general, las tasas de depresión son más altas en poblaciones con cáncer avanzado, mayores niveles de discapacidad, y / o que presenten dolor sin alivio (Hassad, 2000)
Características principales	En pacientes con cáncer los síntomas físicos deben ser evaluados cuidadosamente para aclarar su etiología. La pérdida de apetito debido a la quimioterapia, debido a la fatiga del cáncer o de su tratamiento, y la falta de sueño por un dolor que no se alivia son ejemplos de los problemas encontrados en la diferenciación de los síntomas somáticos que son debido a la depresión u otras causas médicas.
Consideraciones en los pacientes con cáncer	Los factores de riesgo que mayormente se asocian con la presencia de síntomas de depresión incluyen la edad joven, una historia de depresión, y la presencia de síntomas no controlados del cáncer.

Tablas 15.5. Depresión en pacientes con cáncer: características y consideraciones

Acciones a realizar por el especialista en Medicina Conductual	<p>Se requiere que el diagnóstico de depresión sea preciso para evitar un impacto negativo en la calidad de vida del paciente, sobre todo en etapas iniciales del proceso de enfermedad y así dotarlo de herramientas para manejar dichos malestares hasta la etapa terminal.</p> <p>El diagnóstico de depresión en pacientes con cáncer, especialmente aquellos que tienen la enfermedad avanzada, se basa más en cuestionamientos de creencias y presencia o ausencia de esquemas cognitivos poco adaptativos como pensamientos de inutilidad, culpa excesiva, desesperanza y deseos de morir (Donovan, Thompson y Jacobsen, 2012).</p> <p>Identificar el tipo de síntomas depresivos, conocer y entender con ayuda del médico los problemas médicos actuales y conocer el comportamiento del tumor y el efecto secundario de tratamientos a nivel psicológico.</p> <p>Realizar intervención en crisis con el objetivo de influir activamente en funcionamiento inmediato del paciente en períodos de desequilibrio.</p> <p>Fomentar en el paciente comportamientos que mejoren su sensación de control aún cuando se encuentre en etapa terminal asegurando que se controlarán las molestias y recibirá trato digno y continuo hasta el momento de la muerte.</p> <p>Explorar las creencias de los pacientes sobre el diagnóstico de cáncer y su tratamiento con el fin de que identifique aquellos pensamientos irracionales o anticipados que lo conducen a sentimientos de impotencia y desesperanza.</p>
--	---

Dolor	
Incidencia	El 33% de los pacientes con cáncer cursan con episodios de dolor que se pueden intensificar hasta la etapa terminal (NCI, 2013).
Características principales	El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que afecta la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.
Consideraciones en los pacientes con cáncer	<p>Causas del dolor oncológico (Donovan, et al., 2012):</p> <p>Provocado directamente por el tumor, ya sea por la localización, por el tamaño o por la presencia de metástasis. La infiltración del tumor puede afectar estructuras nerviosas o provocar compresión en órganos vecinos y en consecuencia causar dolor en el paciente.</p> <p>Provocado por los procedimientos médicos diagnósticos o terapéuticos, como por ejemplo, la toma de biopsias, colocación de dispositivos intravenosos para la aplicación de quimioterapia (ej. Porta cat), las cirugías, el retiro de puntos posterior a las cirugías, etc.</p> <p>Causado por los efectos de toxicidad del tratamiento oncológico, como por ejemplo la neuropatía periférica provocada por la quimioterapia, la fibrosis en el plexo lumbosacro generada por la radiación.</p> <p>De causa multivariada la cual puede incluir cualquiera de las modalidades anteriores en un mismo momento.</p>
Acciones a realizar por el especialista en Medicina Conductual	<p>Identificar los componentes y características de los principales tipos de dolor según su etiología y epidemiología.</p> <p>Identificar los principales problemas psicológicos que presentan los pacientes con dolor por medio del uso de la entrevista conductual, inventarios de evaluación y registros diarios.</p> <p>Diseñar e implementar programas educativos/informativos para pacientes, familiares y personal de salud.</p> <p>Instruir y entrenar a los pacientes y los familiares en el manejo de problemas psicológicos derivados del dolor o la enfermedad.</p> <p>Favorecer por medio de información y entrenamiento conductual la adhesión al tratamiento farmacológico de los pacientes con dolor.</p> <p>Explicar al paciente las posibles causas del dolor (que a menudo se origina por progresión e infiltración tumoral).</p> <p>Explicar al paciente cómo funciona el dolor en relación a otros, considerando su comportamiento y la forma en que expresa su dolor.</p> <p>Incrementar las actividades del paciente, ya que es posible que ésta disminuya durante el proceso y es posible que se generen sentimientos de inutilidad y depresión.</p> <p>Ayudar al paciente a controlar su enojo, desesperación y frustración ante la presencia del dolor.</p>

Tabla 15.6. Dolor en pacientes con cáncer: características y consideraciones.

Conclusiones

El diagnóstico, la evolución y el tratamiento para el cáncer son acontecimientos perturbadores para la mayoría de las personas que lo padecen, por lo tanto, es importante estudiar y determinar qué mecanismos intervienen en una mejor adaptación durante el transcurso de la enfermedad.

En el campo de la medicina conductual se pretende identificar y conocer la relación salud-enfermedad considerando las variables psico-sociales; en el caso del cáncer, se interesa en conocer los estilos y estrategias de afrontamiento del paciente y desarrolla intervenciones encaminadas a favorecer la adaptación durante todo este proceso.

Se sabe que aún hay mucho por hacer en esta área, sin embargo es deber ético y profesional del médico conductual, lograr que el paciente adopte un estilo comportamental que le ayude a reducir la incertidumbre y el miedo. Parte de esos desafíos que se tienen que vencer desde este campo interdisciplinario y que esta autora considera importante mencionar son:

- Crear circuitos asistenciales considerando los recursos disponibles en el contexto hospitalario.
- Desarrollar instrumentos de medida y monitorización para la calidad de vida del paciente con cáncer a lo largo del proceso de enfermedad.
- Desarrollar instrumentos de medida y monitorización de síntomas o trastornos relacionados con ansiedad, depresión y dolor en el paciente oncológico.
- Proponer modelos y protocolos de intervención psicológica adaptados a las necesidades hospitalarias y las características de los mexicanos con cáncer.
- Dar un adecuado seguimiento de los pacientes que se encuentran en períodos libres de enfermedad y son considerados como sobrevivientes.
- Diseñar e implementar programas educativo-conductuales para sobrevivientes de cáncer, ya que la mayoría de las intervenciones se centran en pacientes en tratamiento.
- Diseñar e implementar intervenciones dirigidas a poblaciones de familiares con pacientes con cáncer que tienen el riesgo de padecerlo a futuro.

En espera de que todos estos objetivos se cumplan, sólo queda continuar trabajando mano a mano con el personal de la salud sin perder de vista al paciente, ya que es ello más importante para nosotros.

REFERENCIAS

- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becerra, A. (2013). *Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer torácico*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Benedict, C. y Penedo, F. (2013). Psychosocial interventions in cancer. En Carr, B. y Steel, J. (Eds.) *Psychological aspects of cancer*. New York: Springer science. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_14
- Burda, B., Norris, S., Holmer, H., Ogden, L. & Smith, M. (2011). Quality varies across clinical practice guidelines for mammography screening women aged 40-49 years as assessed by AGREE and AMSTAR instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(9), 968-976. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.12.005>
- Correa, D. y Salazar, I. C. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En: Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. C. (Comps.) *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 3-26). Colombia: Manual Moderno.
- Donovan, K., Thompson, L. y Jacobsen, P. (2012). Pain, Depression and Anxiety in Cancer. En: Moore, R. J. (Ed.). *Handbook of pain and palliative care: biobehavioral approaches for the life course*. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-1651-8_33

- Ernstmann, N., Neumann, M., Ommen, O., Galushko, M., Wirtz, M., Voltz, R., Hallek, M. y Pfaff, H. (2009). Determinants and implications of cancer patients psychosocial needs. *Supportive Care Cancer*, 17, 1417-1423. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/S00520-009-0605-7>
- Ferguson, R., Cassel, A. y Dawson, R. (2010). Cognitive effects of cancer chemotherapy in adult cancer survivors: cognitive-behavioral management. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 28, 25-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-010-0108-y>
- Ferro, T. y Borrás, J. (2011). Una bola de nieve se está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 240-245. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.002>
- Garsen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315-338. Disponible en: bit.ly/Y6ciZh.
- Greer, J., Park, E., Prigerson, H. y Safren, S. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 294-313. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.294>
- Hassad, C. S. (2000). Depression: dispirited or spiritually deprive? *Medical Journal of Australia*, 173, 545-548.
- Hughes, J.M. y Weill, H. (1994). Asbestos and man-made fibers. En: Samet, J. M. (Ed) *Epidemiology of Lung Cancer*. New York: Marcel Dekker.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2013). *Factores de Riesgo asociados al Cáncer*. Recuperado de: <http://www.infocancer.org.mx/>
- Jacobsen, P. y Jim, H. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-230. doi: <http://dx.doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Lee-Jones, C., Humphris, G. Dixon, R. y Hatcher MB. (1997). Fear of cancer recurrence? A literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 6(2), 95-105. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199706\)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199706)6:2<95::AID-PON250>3.0.CO;2-B)
- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*, 9(25), 64-67.
- Malvezzi, M., Bertuccio, P., Levi, F., La Vecchia, C. y Negri, E. (2012). European cancer mortality predictions for the year 2012. *Annals of Oncology*, 23, 1044-1052. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mds024>
- Mc Coubrie, R. y Davies, A. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care Cancer*, 14, 379-385. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6>
- Mendoza del Pino, M. (2006). Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10(5), Recuperado de: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/1053.pdf>
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270-274.
- National Comprehensive Cancer. (2013). *Información en PDQ sobre cuidado médico para Profesionales de la Salud*. National Cancer Institute. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq>

- Santana, S. F. (2011). Conceptuando la muerte. En: Santana, S. F. (Comp.) *Cuidados Paliativos*. México: Manual Moderno.
- Siegel, R., Naishadham, D. y Jemal A. (2012). Cancer statistics, 2012. *Cancer Journal for Clinicians*, 62(1), 10-29.
- Shiloh, S., Drori, E., Orr-Urtreger, A. y Friedman, E. (2009). Being at risk for developing cancer: cognitive representations and psychological outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 197-208. DOI: 10.1007/sqo865-00891782.
- Sullivan, A., Lakoma, M., Biling, A., Peters, A. y Block, S. (2005). Teaching and learning end of life care: evaluation of a faculty development program in palliative care. *Academic Medicine*, 80(7), 657-668.
- Tarditi, G. (2012). *Las emociones y el cáncer. Mitos y realidades*. México: Ed. Océano.
- Thomas, R., Verástegui, E. y Suchil, L. (2009). *Cáncer y estilo de vida*. México: Health Education Publications. Instituto Nacional de Cancerología.
- Tomich, P.L. y Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*, 11(2), 154-169.

CAPÍTULO 16

Medicina Conductual y Hematología

Liliana Mey Len Rivera-Fong

Generalidades de las enfermedades hematológicas

La Hematología es la rama de las ciencias médicas encargada del estudio de los elementos que conforman la sangre y sus precursores, así como los trastornos estructurales y bioquímicos de éstos que pueden conducir a una patología. Su principal objeto de estudio es la médula ósea, que es un tejido ubicado en el centro de los huesos; donde se encuentran la mayor parte de las células madre de la sangre, a partir de las cuales se producen las células de la sangre que circulan por el torrente sanguíneo (Provan, Singer, Baglin y Lilleyman, 2004):

1. Glóbulos rojos: encargados de transportar oxígeno a todo el cuerpo.
2. Glóbulos blancos: constituyen las defensas inmunológicas del cuerpo.
3. Plaquetas: ayudan en la coagulación de la sangre ante lesiones.

Las enfermedades hematológicas contemplan un amplio espectro de padecimientos, siendo los más importantes los que se muestran en la Figura 16.1, y que como se puede observar se han clasificado en tres grandes grupos de acuerdo a su histopatología (Hillman, Ault y Rinder, 2006). Dependiendo de la clasificación y el padecimiento particular, los pacientes se enfrentan a situaciones diferentes y necesidades de atención médicas y psicológicas diversas.

En Psicología, se sabe que todas estas patologías tienen un gran impacto en el estado físico,

Oncológicas
<ul style="list-style-type: none">• Leucemias• Linfomas• Mieloma Múltiple
Benignas
<ul style="list-style-type: none">• Púrpura trombocitopénica• Hemofilia• Anemia hemolítica• Anemias carenciales
Benignas-oncológicas
<ul style="list-style-type: none">• Anemia aplásica• Síndrome mielodisplásico• Anemia de Falconi

Figura 16.1. Clasificación histopatológica de enfermedades hematológicas.

emocional y social de los pacientes; sin embargo, la investigación ha puesto mayor énfasis en los diferentes tipos de cáncer hematológico debido a su incremento en la prevalencia (Tabla 16.1), que a pesar de no ser alta, ha mostrado un aumento paulatino en los últimos años, así como a la mortalidad asociada como consecuencia de los propios padecimientos y los efectos secundarios de los tratamientos requeridos para su manejo.

Clasificación	Definición	Número estimado de casos nuevos (2014)	Número estimado de muertes (2014)
Leucemias	Cáncer que empieza en la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos inmaduros, los cuales salen al torrente sanguíneo.	52,380	24,090
Linfoma de Hodgkin	Cáncer del sistema inmunitario que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada célula de Reed Sternberg.	9,190	1,180
Linfoma No Hodgkin	Cáncer de linfocitos (glóbulos blancos); se caracteriza por ganglios linfáticos más grandes de lo normal, fiebre y pérdida de peso.	40,800	18,990
Mieloma Múltiple	Cáncer que comienza en las células plasmáticas (glóbulos blancos que producen anticuerpos).	24,050	11,090

Tabla 16.1 Principales enfermedades hemato-oncológicas. Adaptado de Instituto Nacional del Cáncer (2014).
Cánceres de la A a la Z. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/canceres-a-z#l>

El diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades requiere de estudios y procedimientos médicos invasivos, entre los que resalta la toma de biopsia de hueso o ganglio, el aspirado de médula ósea y en algunos casos la aplicación de quimioterapia intratecal, que es administrada directamente en la médula espinal en el líquido cefalorraquídeo. Se estima que los pacientes con leucemia llegan a recibir hasta 300 inyecciones durante el tratamiento (Jacobsen et al., 1990), convirtiendo a los procedimientos médicos como la segunda causa de dolor en pacientes oncológicos, solo detrás del padecimiento mismo (Kurita et al., 2013); es por ello que algunos pacientes consideran que los estudios y tratamientos son incluso peores que la propia enfermedad (Weismann, Schechter y Altman, 1990).

Además del dolor, se ha encontrado en las consultas de psicología realizadas durante el período de hospitalización de los pacientes hematológicos, que en el 65% se puede identificar alguna comorbilidad psicosocial, siendo el diagnóstico más frecuente ansiedad en el 28% de los pacientes, relacionada con diversas condiciones como procedimientos médicos, estancias hospitalarias prolongadas (en algunos

casos mayores a un mes) y diagnóstico; mientras que el 9% de las consultas de psicología se deben a sintomatología depresiva derivada del diagnóstico, falla a tratamiento o estancia hospitalaria entre otros factores (Rivera-Fong, 2014).

Sin embargo, no se debe perder de vista que se estima que el 55% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad, cumplen criterios de al menos otro trastorno de ansiedad o depresión al momento de la evaluación; pero si se explora la historia clínica del paciente, independientemente de que al momento de la evaluación presente sintomatología o no de comorbilidad, este porcentaje se incrementa hasta en 75% (Brown, Campell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001) y de igual forma, el 75% de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, también cumplen criterios para algún otro trastorno mental, entre los que destacan trastornos de ansiedad (59.2%), trastornos del control de impulsos (30%) y trastornos relacionados con sustancias (24%) (Kessler et al., 2003). Esto obliga al psicólogo a realizar una cuidadosa historia clínica del paciente.

Dicha sintomatología ansioso-depresiva constantemente se agudiza durante estancias hospi-

talarias prolongadas en las que los pacientes se enfrentan a la indicación médica de reposo absoluto; debido al alto riesgo de hemorragias en todos los diagnósticos hematológicos y tratamientos. Esto obliga a que medidas de higiene como baño y aseo personal, así como micción y defecación deban llevarse a cabo en cama del paciente y con ayuda de personal de enfermería o familiar; lo que frecuentemente provoca la expresión de pensamientos de inutilidad o dependencia y aumentó de las demandas del paciente y la consecuente respuesta de estrés en el cuidador primario entre otras repercusiones.

Es por ello que resulta indispensable abordar al paciente desde el momento de su ingreso ya que, en la mayoría de los casos, desconocen la enfermedad que padecen y su probable evolución. De manera que la correcta evaluación inicial y la consecuente intervención psicológica durante la fase diagnóstica sirvan también como estrategias preventivas para evitar el desarrollo de comorbilidad psicosocial. En esta fase es preponderante establecer los componentes de relación necesarios para generar un vínculo de trabajo con el paciente y su familiar que servirá como base para las siguientes etapas de la enfermedad (Figura 16.2). En ésta se presenta una propuesta de evaluación inicial que ha sido diseñada para llevarse a cabo en una semana, tiempo estimado para la emisión de un diagnóstico; sin embargo en ocasiones este tiempo puede ampliarse o el paciente llega con un diagnóstico y acude para iniciar tratamiento, lo que no debe interpretarse como la omisión de dicha intervención, ya que en algunos casos conocen el nombre del padecimiento pero no tienen conciencia de enfermedad.

Caso Clínico

Eduardo es un paciente de 25 años, casado, con estudios de secundaria, actualmente albañil. Ha sido internado en el servicio de hematología debido a que en la última semana presentó epistaxis (sangrado nasal) y hematomas (moretones), por lo que acudió con su médico familiar quien

estableció un probable diagnóstico de Púrpura y le indicó que requería tratamiento especializado, por lo que era indispensable que fuera hospitalizado de inmediato. Ante esta situación Eduardo acude al hospital donde se confirma que tiene menos de 10,000 plaquetas, que implica un alto riesgo de sangrado, por este motivo es informado de los riesgos e ingresado al servicio de hematología.

Una vez hospitalizado, se le informa que deberá someterse a un protocolo diagnóstico que tardará un par de días, tras lo cual le será administrado el tratamiento indicado; ante este panorama, Eduardo comenta que le parece exagerado el número de días, ya que él se siente en perfectas condiciones, por lo que solicita su alta voluntaria. El personal médico solicita la intervención de psicología... ¿qué hacer?

Recomendaciones

- No descalificar la opinión del paciente.
- A pesar de que el paciente conoce el diagnóstico, se debe indagar si le quedaron claros los riesgos a su salud. En caso de detectar que su decisión se debe a que no ha comprendido la información, se sugiere realizar una sesión de psicoeducación, poniendo suma atención en adecuar el lenguaje de manera que a Eduardo le quede claro lo que le está sucediendo y los riesgos de ser dado de alta.
- Indagar sobre los motivos por los que desea ser dado de alta (pendientes en casa o en el trabajo, motivos económicos, etc.). En estos casos se recomienda trabajar con el paciente estrategias de solución de problemas, enfatizando la jerarquización de problemas; buscando así que Eduardo sea capaz de identificar que en ese momento necesita atender su salud y de no hacerlo, difícilmente podrá atender otros problemas.

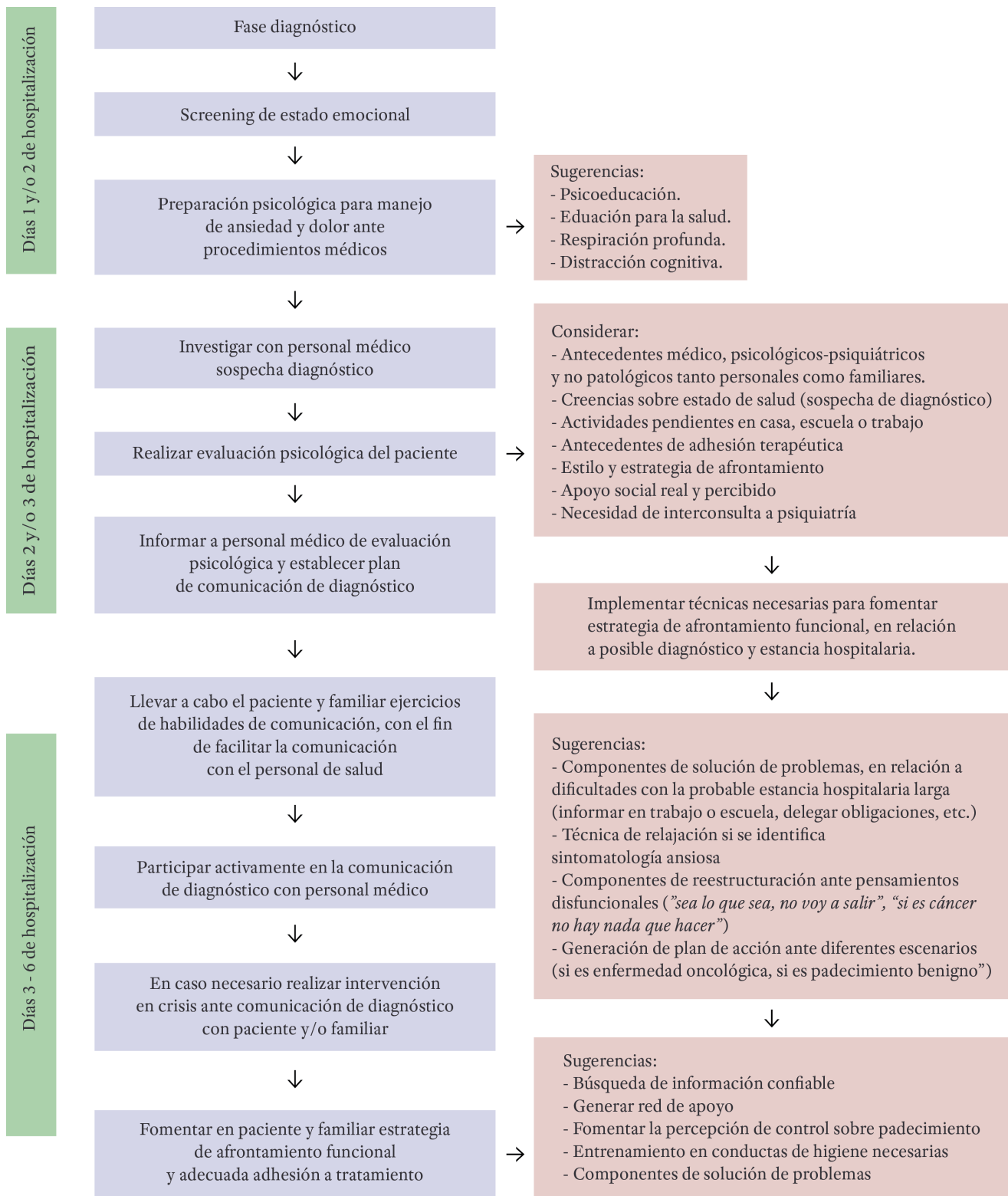


Figura 16.2. Propuesta de evaluación e intervención durante fase diagnóstico.

Mención particular merecen las leucemias, ya que con frecuencia el residente de medicina conductual se enfrenta a situaciones en las que el paciente es internado por deterioro clínico significativo del estado general de salud y tanto él como los familiares reportan que días atrás se encontraba en perfecto estado de salud; por lo que la amenaza súbita a la vida del paciente puede provocar una crisis. En caso de que esto suceda, dicha crisis debe convertirse en la prioridad de atención psicológica, para lo cual se recomienda utilizar el modelo de primeros auxilios psicológicos propuesto por Slaikeu (1996).

Propuesta de intervención: recomendaciones generales

Una vez emitido y comunicado el diagnóstico médico al paciente, es responsabilidad de todo el equipo de salud cerciorarse de que éste lo haya comprendido y pueda así participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento.

En este sentido, constantemente se observa que los pacientes y familiares tienen habilidades de comunicación limitadas, primordialmente para relacionarse con el personal de salud; por lo que es indispensable entrenarlos en ellas con el fin de que les permitan mantener una comunicación estrecha y sean capaces de plantear de manera asertiva sus dudas y opiniones para fomentar una participación activa e informada durante el tratamiento.

Por otro lado, es frecuente que se presenten dificultades sociales como pobre red de apoyo, limitaciones económicas, condiciones de vivienda desfavorables, etc. En caso de identificarlos, se sugiere que el especialista en medicina conductual (a) implemente técnicas de solución de problemas para generar alternativas de solución a las dificultades presentadas; (b) evalúe las creencias de los pacientes sobre el solicitar ayuda y las habilidades que pone en marcha para obtener dicho apoyo, y en caso de ser necesario, trabajar en estos puntos y finalmente (c) apoyarse del servicio de trabajo social, para colaborar en la implementación de programas entre ambos servicios.

CASO CLÍNICO 2

Antonieta es una señora de 54 años, con diagnóstico de Linfoma No Hodgkin, actualmente en tratamiento. En esta ocasión ha sido hospitalizada para recibir quimioterapia; durante una sesión, la señora Antonieta refiere estar muy triste porque percibe que “*nadie la quiere, porque sus hijos no le están ayudando lo suficiente*”. Ejemplo de intervención: Psicólogo: *¿A qué se refiere con la falta de apoyo?* Sra. Antonieta: *He estado teniendo problemas para levantarme de la cama para hacer mis cosas o ir al baño, y en las mañanas regularmente está uno de mis hijos o mi nieto y me ayudan, pero en las noches no hay nadie y me tengo que aguantar.*

Psicólogo: *¿Estas dificultades las ha tenido siempre?*

Sra. Antonieta: *No, apenas empecé. Me dijo el doctor que es porque estoy un poco débil por el medicamento que me puso.*

Psicólogo: *¿Y ya le comentó a sus hijos de esto que me cuenta?*

Sra. Antonieta: *No, no quiero preocuparlos.*

Psicólogo: *Entiendo que no quiera preocuparlos, pero si ellos no saben que usted necesita de su apoyo, ¿cómo van a ayudarla?*

Sra. Antonieta: *En eso tiene razón, porque cuando les pido algo, se ponen de acuerdo para ayudarme y atenderme, pero ahorita no saben nada.*

Psicólogo: *Así es, nosotros hemos observado que sus hijos están muy al pendiente de usted, incluso usted lo comenta seguido; por eso me llamó la atención lo que me decía al principio. ¿Cómo cree que le podemos decir a sus hijos esto nuevo que está sucediendo sin que los asuste?*

Sra. Antonieta: *Mmmm tal vez puedo decirles que me he sentido un poco cansada y que el doctor dice que es esperado por el medicamento, que se me va a pasar; pero que mientras me gustaría mucho que alguien se quedara en la noche para ayudarme a levantar para ir al baño y hacer mis cosas. ¿Cómo ve?*

Psicólogo: *A mí me parece bien, le propongo que al rato que llegue su nieto se lo comente y me dice cómo le fue. ¿Le parece?*

Sra. Antonieta: *Sí, gracias. ¡Lo voy a hacer!*

Por otro lado, no hay que perder de vista que se estima que alrededor del 20% de los pacientes hospitalizados por diversos motivos presentan algún trastorno de ansiedad, comórbido o no a depresión (Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez e Ibáñez, 2005); y se ha confirmado que por lo menos entre 25-30% de los pacientes con cáncer, entre los que se incluye al cáncer hematológico, en algún momento de la enfermedad cumplirán criterios para algún trastorno psiquiátrico, principalmente de trastornos depresivos, ansiedad y adaptativos (Mitchell et al., 2011). En estos casos, se debe solicitar la intervención de psiquiatría y trabajar en conjunto con dicho servicio para ofrecer un manejo farmacológico y no farmacológico adecuado para el paciente.

En relación a la fase de tratamiento, se considera necesario dividir las estrategias particulares en dos secciones con base en la clasificación histopatológica benigna o maligna de los padecimientos; haciendo énfasis en que la atención de los pacientes pertenecientes al tercer grupo debe ser ajustada a la fase de la enfermedad. En este sentido es importante no perder de vista que a pesar de la aparente división de las estrategias, el psicólogo especialista en medicina conductual, al trabajar en un servicio como Hematología, se enfrenta a pacientes con cualquier diagnóstico y deberá identificar objetivos claros de intervención, así como las estrategias específicas para satisfacer dichos objetivos.

Recomendaciones de intervención en pacientes con alguna enfermedad hematológica benigna

En la Figura 16.3 se muestra el esquema de una propuesta tanto de evaluación como intervención para pacientes con enfermedades hematológicas benignas en diferentes etapas de la enfermedad. Se destaca que es sólo una guía que puede orientar al terapeuta, sin embargo, en todo momento debe ser adaptada al tipo de patología que presenta el paciente y al caso particular que se esté abordando.

Por ejemplo, en la figura se contempla la posibilidad de tratamientos específicos como esple-

nectomía que es sólo una opción para la púrpura; o medidas de seguridad encaminadas a pacientes con hemofilia; mientras que aspectos como adhesión a tratamiento y manejo de comorbilidad psicológica durante estancia hospitalaria son comunes en todas las afecciones. Durante la implementación de un programa de intervención como este, se deben revisar constantemente y, en su caso, modificar o adaptar los objetivos particulares de intervención psicológica en función de la evolución del paciente y la respuesta a tratamientos; así como factores personales, sociales y familiares del paciente.

Hemofilia

En las investigaciones sobre el impacto psicosocial de la hemofilia se ha encontrado que alrededor del 52% de los hombres que padecen hemofilia, mantienen en secreto su diagnóstico, debido a la falta de información de la población general; lo que dificulta el acceso a servicios de salud especializados y por ende a un adecuado tratamiento (Barlow, Stapley y Ellard, 2007).

Esto repercute a nivel social se ha reportado que existe un porcentaje menor de pacientes adultos con este padecimiento que cuentan con un empleo remunerado de tiempo completo en comparación al de la población general, además de presentar mayores discapacidades en el trabajo (Plug et al., 2008); lo que en conjunción con la falta de acceso a los servicios de salud, tiene un impacto directo sobre la salud del paciente y la calidad de vida de ellos y sus familias.

Entre las consecuencias médicas de esta enfermedad, los sangrados internos son los más frecuentes, principalmente en articulaciones como rodillas, codos y tobillos; esto produce inflamación e intenso dolor y en casos graves llegan a ocasionar discapacidades severas que merman aún más su salud y calidad de vida. En este punto, es de vital importancia que el especialista en medicina conductual fomente en los pacientes la práctica de ejercicio físico especializado en articulaciones como conducta preventiva de complicaciones durante proceso de enfermedad e incapacidad.

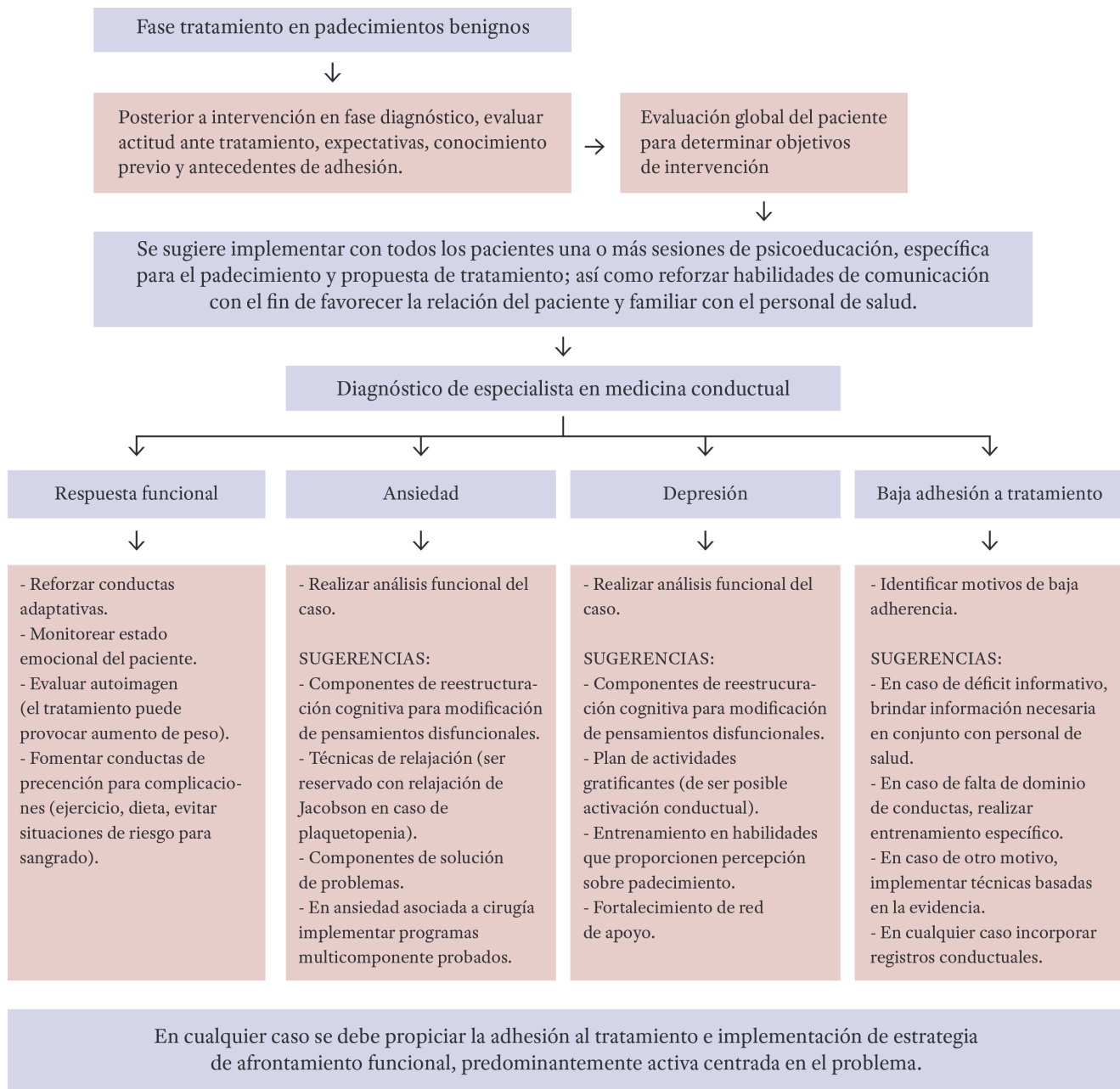


Figura 16.3. Propuesta de esquema de intervención en pacientes con alguna enfermedad hematológica benigna.

Al tratarse de un padecimiento genético, se pueden diseñar intervenciones grupales en la que participen hermanos y familiares cercanos con el objetivo de reforzar el apoyo social para el cumplimiento de metas y potencializar las probabilidades de éxito de la intervención, además de economizar recursos materiales y humanos que permitan ampliar el número de pacientes beneficiados de dichas intervenciones.

Púrpura

Es una enfermedad aguda con altas posibilidades de generar sintomatología psicológica asociada a larga estancia hospitalaria en reposo absoluto o falla a tratamiento de primera línea, lo que regularmente conlleva a someter al paciente a esplenectomía (procedimiento quirúrgico en el que se extrae de manera parcial o total el bazo, que es un órgano encargado de eliminar

glóbulos rojos y plaquetas, así como identificar enfermedades bacterianas y generar anticuerpos). Al ser una cirugía, se ha asociado a diversas comorbilidades psicosociales (como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, por lo que se sugiere remitirse a ellos) que condicionan la evaluación, intervención y seguimiento por parte del especialista en medicina conductual.

En relación a las estancias hospitalarias prolongadas, cabe resaltar que en el servicio de Hematología no existen salas especiales de hospitalización para pacientes con padecimientos malignos y benignos, por lo que estos últimos observan la evolución de los padecimientos oncológicos y frecuentemente generan ideas irracionales o sintomatología que no corresponde con su padecimiento; es por ello que este aspecto debe vigilarse de manera cercana en todos los pacientes. Sin embargo, debido a las condiciones de inmovilidad y privación social por riesgo de otros internos pueden presentar síntomas similares a los referidos en el apartado de padecimientos oncológicos como ansiedad, depresión, estrés y pérdida de fuerza muscular.

Anemias

En el caso de las anemias, se ve afectada alguna línea celular, de manera general es un tipo de padecimiento en el que el régimen alimenticio juega un papel predominante, por lo que en la atención de estos pacientes es indispensable mantener un contacto muy cercano con el médico tratante para conocer las indicaciones y establecer un plan para fomentar la adhesión a tratamiento y promoción de un estilo de vida saludable.

Recomendaciones de intervención en pacientes con algún padecimiento hematológico maligno

De manera general se ha reportado que alrededor del 66% de los pacientes con cáncer presentan síntomas de ansiedad y depresión en algún momento del proceso de enfermedad (Jadoon, Munir, Shahzad y Choudhry, 2010), y los pacientes con diagnóstico hemato-oncológico no son la excepción. Dicha sin-

tomatología puede ser explicada parcialmente por situaciones a las que se enfrentan los pacientes oncológicos en general y que son explicadas a detalle en el capítulo 15; sin embargo, en el caso de los pacientes hemato-oncológicos se presentan algunas diferencias, entre las que destacan (Hillman et al., 2006):

1. Los esquemas quimioterapéuticos utilizados regularmente son administrados por periodos prolongados de hasta dos años continuos con aplicaciones semanales y hospitalizaciones continuas.
2. Constante inmunosupresión que limita las actividades del paciente y en muchas ocasiones condiciona privación social por periodos prolongados.
3. Necesidad de permanecer en reposo absoluto por varios días ante el riesgo de hemorragias; desde la experiencia personal, esta es una de las principales dificultades de adaptación, ya que el paciente se torna dependiente del cuidador primario.
4. Constantes procedimientos médicos invasivos desde fase diagnóstico (aspirado de médula ósea y biopsia de hueso), tratamiento (colocación de catéter, quimioterapia intravenosa e intratecal) y estudios de control con los mismos procedimientos diagnósticos.
5. Alteraciones de sueño debido a estancia hospitalaria y control médico incluso cada dos horas durante las 24 horas del día.
6. En caso de requerir trasplante de médula ósea, el paciente y donador son sometidos a estrictos regímenes de evaluación y tratamiento (en caso de no tener donador compatible relacionado, el proceso se complica con la búsqueda de donador internacional).

Esta situación frecuentemente obliga al paciente y su cuidador primario a abandonar o postergar sus labores profesionales y/o académicas, así como descuidar sus actividades sociales, familiares y personales, lo que se ha asociado a comorbilidades como depresión, ansiedad o incluso puede tener un impacto directo en la adhesión al tratamiento.

En el caso de enfermedades hemato-oncológicas además de los aspectos considerados en la Figura 16.3, se deben contemplar situaciones específicas como las abordadas en la Figura 16.4 en la que se contemplan particularidades del diagnóstico oncológico y tratamiento entre los que destaca los efectos secundarios como debilidad, caída de cabello, resequecedad de piel, baja de defensas, mucositis (inflamación de los tejidos de la boca que puede causar dolor, ulceraciones, infección y/o sangrado) y dolor por procedimientos médicos de tratamiento y control.

A lo largo del tratamiento, la mayoría de los pacientes presentaran diferentes alteraciones conductuales, cognitivas y emocionales, así como modificaciones en el estado general de salud. Es por ello que resulta difícil establecer un programa de intervención que implique varias sesiones; se recomienda diseñar intervenciones con objetivos flexibles que puedan ser constantemente adaptados en función a la evolución física y mental del paciente.

De manera general, se pueden llevar a cabo las sugerencias recomendadas en el capítulo 15 para pacientes oncológicos, pero teniendo en cuenta las peculiaridades de los pacientes hematológicos. Se recomienda que el especialista en medicina conductual coordine sesiones grupales para favorecer el trabajo interdisciplinario con los siguientes profesionales:

1. Hematólogo, quien brinda información específica sobre el tratamiento en relación a etiología, tratamiento y pronóstico.
2. Estomatólogo, quien orientará al paciente en la adecuada higiene bucal.
3. Infectólogo, para entrenamiento en conductas de prevención como uso de cubrebocas, lavado de manos, baño diario y protección ante visitas.
4. Enfermera, quien puede capacitar al paciente y su familiar en cuidados generales como la correcta hidratación corporal, movilización en cama, conservación de alimentos y limpieza de objetos personales.
5. Trabajo social, quien está capacitado en condiciones de vivienda adecuadas, contacto con

asociaciones, trámites legales e institucionales y problemas sociales.

Áreas específicas de intervención

Medidas de higiene y cuidados del paciente hemato-oncológico

Como ya se señaló, al ser tratamiento dirigido a la médula ósea, tiene un efecto mieloablativo prolongado que provoca que los pacientes sean susceptibles a infecciones potencialmente mortales (European School of Haematology, 2008); es por ello que además de las medidas médicas es indispensable que toda persona involucrada en el cuidado del enfermo sea capacitada para llevar a cabo de manera sistemática conductas como lavado de manos, preparación de alimentos bajo estrictas condiciones de higiene y limpieza del entorno del paciente; esta labor regularmente recae en el especialista en medicina conductual quien deberá realizar ensayos conductuales y/o modelamiento de la conducta con el paciente y los familiares y asegurarse de que dichas competencias sean transmitidas a toda persona que visite al enfermo.

Con base en la experiencia clínica, se ha observado que la adquisición y apego a dichas conductas de higiene pueden contribuir a la prevención de comorbilidades asociadas como infección y/o mucositis, lo que a su vez repercute en una disminución de la estancia hospitalaria y mejoría en la calidad de vida del paciente.

Manejo del dolor

Los estudios médicos como el aspirado de médula ósea y los tratamientos que requieren la aplicación de quimioterapia intratecal (tratamiento mediante el cual se inyectan medicamentos quimioterapéuticos en el espacio lleno de líquido entre las meninges) son considerados altamente dolorosos y en adultos se administran sólo con dosis bajas de anestésico local, se hace necesario un entrenamiento en manejo de dolor mediante técnicas cognitivo conductuales capaces de reducir de manera significativa la carga que repre-

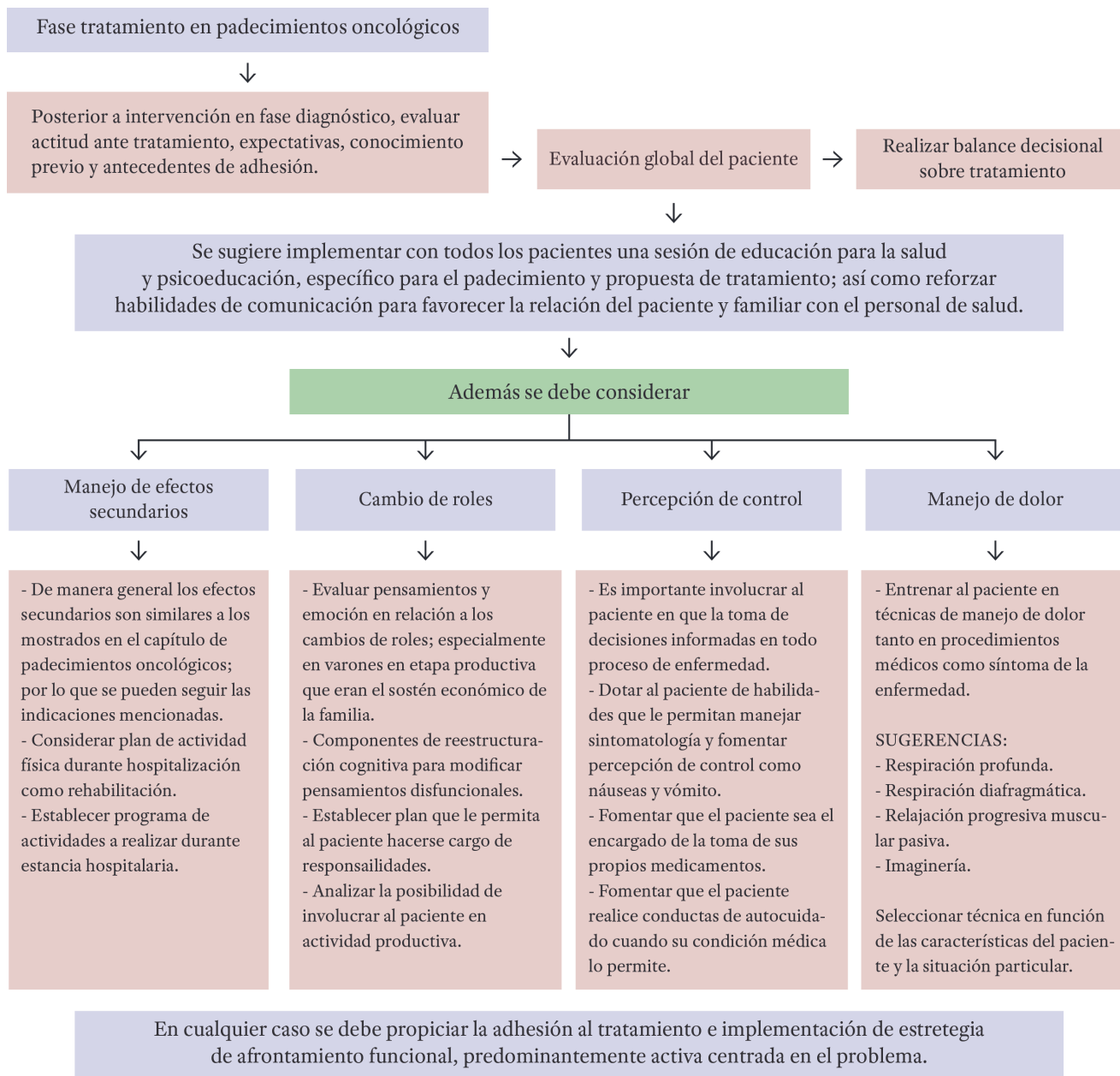


Figura 16.4. Propuesta de esquema de intervención para pacientes con enfermedades hemato-oncológicas.

sentan los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer (Given et al., 2002).

En este sentido, un estudio aleatorizado encontró que el uso de analgesia farmacológica en combinación con juegos de realidad virtual durante procedimientos médicos disminuyó tres puntos el dolor reportado por los pacientes en comparación con el uso sólo de anestesia farmacológica (Das, Grimmer,

Sparron, McRae y Thomas, 2005). El uso de juegos de realidad virtual también ha sido efectivo para disminuir la ansiedad durante procedimientos médicos en pacientes oncológicos (Aminabadi, Erfanparast, Sohrabi, Oskouei, & Naghili, 2012).

En un estudio realizado por Sinha, Christopher, Fenn y Reeves (2006), se encontró que la implementación de distracción cognitiva con

diferentes recursos como videos, música y libros; durante procedimientos médicos, mostró puntaje significativamente menor en ansiedad al compararlos con un grupo control, sin embargo, en relación al dolor, no hubo diferencias.

Por otro lado, una revisión sistemática con metaanálisis reportó que la implementación de música produce un beneficio de leve a moderado en el dolor; sin embargo, de manera preliminar las intervenciones musicales administradas por musicoterapeutas fueron más eficaces que las intervenciones mediante medicina musical (Dileo, 2006).

Todos estos estudios nos demuestran que tenemos un amplio espectro de técnicas que han demostrado ser efectivas para el manejo de dolor y ansiedad en procedimientos similares; es entonces responsabilidad del psicólogo encargado seleccionar la técnica que mejor se adapte a las características personales del paciente y al tiempo que dispone para el entrenamiento previo al procedimiento blanco.

Trastornos del sueño

Otra de las comorbilidades frecuentes en los pacientes hematológicos son los trastornos del sueño, principalmente insomnio de mantenimiento (Rischer, Scherwath, Zander, Koch y Schulz-Kindermann, 2009), lo que de acuerdo con las evaluaciones subjetivas realizadas por los pacientes, dichas alteraciones han sido catalogadas como moderadas o severas en 39% de los casos (Anderson et al., 2007).

Se ha descrito que su etiología es multicausal, sin embargo se destacan tres componentes principales: (a) factores predisponentes como género femenino, edad avanzada, historia previa de trastornos del sueño; (b) factores precipitantes como estadio de enfermedad oncológica, tratamiento y efectos secundarios, entre los que se incluye la estancia hospitalaria, dolor, náuseas y vómito y (c) factores de mantenimiento como pobre higiene del sueño, nutrición deficiente y vida sedentaria (Savard y Morin, 2001). De manera particular, los pacientes hemato-oncológicos asocian dicha comorbilidad a estimulación

ambiental y sintomatología ansiosa. En este sentido, la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser la más efectiva para el manejo de sintomatología ansiosa, incluyendo el control de síntomas secundarios como las alteraciones del sueño (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang, 2012), por lo que se recomienda establecer programas de intervención cognitivo conductuales para ansiedad y reforzarlos con medidas de higiene de sueño; en caso de ser posible complementar las intervenciones con modificaciones ambientales como limitar la iluminación, disminuir el ruido, regular la temperatura ambiental, etc.

Pérdida de fuerza muscular

Como se mencionó anteriormente, con frecuencia los pacientes permanecen en reposo absoluto por más de 30 días, lo que de acuerdo con el Colegio Americano de Medicina del deporte en el *Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, tiene un impacto en la pérdida de masa muscular, y de manera contraria, la actividad física moderada de corta duración produce cambios positivos en el sistema inmune (Kaminsky, 2006).

Se ha encontrado que la actividad física durante el periodo de hospitalización, se relaciona con la calidad de vida del paciente (Courneya, Keats y Turner, 2000), mejoría en la fatiga, capacidad física y reducción del estrés (Wiskemann et al., 2011). Es por ello que se sugiere realizar programas de ejercicio físico leve de manera regular con todos los pacientes, siempre y cuando la condición médica lo permita.

Finalmente se debe considerar que la mortalidad de pacientes hemato-oncológicos es alta, por lo que el residente en medicina conductual debe ser capaz de intervenir en fases avanzadas de enfermedad e intervenir en crisis ante el posible fallecimiento del paciente.

Recomendaciones de evaluación e intervención en pacientes que serán sometidos a trasplante hematopoyético de células madre

Como parte del tratamiento de los padecimientos hemato-oncológicos y la anemia aplásica, en algunos

casos es recomendada la realización de un trasplante hematopoyético de células madre. Dependiendo del padecimiento, evolución de la enfermedad y condición médica del paciente, se indica un trasplante autólogo (las células madre provienen del propio paciente) o un trasplante alogénico (las células madre son obtenidas de un familiar, regularmente hermano, o de un donador internacional).

Las dosis altas de quimioterapia y radiación (como las utilizadas en el trasplante) han demostrado mayor eficacia para eliminar las células cancerosas, en comparación con las dosis estándar de los esquemas de tratamiento de primera línea de cada padecimiento. Es por ello que el trasplante puede ser parte importante del tratamiento, ya que gracias a estas dosis se logra la destrucción total de la médula ósea y se permite que mediante la infusión de células madre sanas se reinicie el proceso de hematopoyesis normal (American Cancer Society, 2012).

Es por ello que en los últimos años el número de trasplantes realizados se ha incrementado no solo a nivel internacional, que ha pasado de 1000 trasplantes en el 1985 a 17000 en 2010 (Center for International Blood and Marrow Transplant Research, 2011), sino también a nivel nacional que si bien no contamos con datos oficiales, el Instituto Nacional de Cancerología reportó 25 trasplantes en el 2008, cifra que se incrementó a 51 en el 2010 (Instituto Nacional de Cancerología, 2012).

De manera conjunta, el diagnóstico médico y la opción de un tratamiento como éste, que probablemente ofrece una cura pero que de igual forma puede ser potencialmente mortal y con posibles efectos secundarios a largo plazo como dificultades respiratorias, alteraciones en piel, esterilidad, etc., hacen del procedimiento un agente que fácilmente generan morbilidad psicosocial, particularmente de trastornos adaptativos (ESH, 2008; Fritzsche, Struss, Stein y Spahn, 2003), así como estrés psicológico, ansiedad y/o depresión desde el momento de la evaluación y hasta el seguimiento a largo plazo, (Lee et al., 2005; Trask et al., 2002).

En el caso de los trasplantes alogénicos se agrega a los factores estresantes la búsqueda de un donador compatible, dicho proceso de rastreo es valorado como difícil por los pacientes y caracterizado por el miedo y la incertidumbre de encontrar o no un donador (ESH, 2008) además de los elevados costos que esto representa; mientras que en los pacientes sometidos a trasplante autólogo la obtención de células madre puede convertirse en un proceso largo y doloroso, debido a que como consecuencia de algunos tratamientos previos, la médula ósea se ha desgastado y en algunos casos es necesario realizar varios procedimientos de cosecha.

Una vez superada la búsqueda de donador y la obtención de células madre, se ha encontrado que la sintomatología psicosocial (primordialmente ansiedad, depresión y estrés) se presenta con mayor intensidad el día de la hospitalización y previo a la infusión de las células madre; una semana después puede observarse una disminución tanto en ansiedad como depresión (Fife et al., 2000). Sin embargo, en algunos casos la sintomatología se mantiene y los pacientes llegan a integrar criterios diagnósticos para trastornos mentales, siendo el más frecuente el trastorno adaptativo (Fritzsche, Struss, Stein y Spahn, 2003).

Esta sintomatología puede ser explicada parcialmente, ya que como parte de los efectos secundarios de las dosis altas de quimioterapia el paciente cursa por un periodo aproximado de cinco a diez días de completa aplasia, es decir, no cuenta con defensas inmunológicas ante virus o bacterias, por lo que es indispensable que permanezca en completo aislamiento hasta su recuperación de manera que es sometido a privación social y las conductas de higiene y prevención están completamente a cargo suyo con limitado apoyo de enfermería, ya que la presencia de cualquier persona representa un riesgo potencial a la salud del paciente. De manera que el paciente se enfrenta a una situación en la que a pesar de los malestares físicos, debe poner en marcha una serie de conductas preventivas como constante lavado de dientes, hidratación dérmica, aseo personal, etc.

Debido a este panorama, es necesario realizar una evaluación psicológica y psiquiátrica previo a su ingreso para valorar su estado mental y en caso de considerar al paciente apto, reforzar los aspectos necesarios para mejorar las condiciones del paciente al ingreso (ESH, 2008). Se ha recomendado que dicha evaluación contemple calidad de vida (Jarden, Baadsgaard, Hovgaard, Boesen y Adamsen, 2009; Jarden, Hovgaard, Boesen, Quist y Adamsen, 2007), funcionalidad (Jarden et al., 2009; Jarden et al., 2007; Lee et al., 2005; Díez-Campelo et al., 2004), ansiedad (Jarden et al., 2009; Trask et al., 2002; Jarden et al., 2007; Lee et al., 2005; Grulke, Bailer, Kächele y Bunjes, 2005; Sherman et al., 2004), depresión (Lee et al., 2005; Jarden et al., 2009; Sherman et al., 2004), distres (Trask et al., 2002; Lee et al., 2005), adhesión a tratamiento (Jarden et al., 2009).

Además de la evaluación, se recomienda la implementación de un programa de intervención psicológica. Se han propuesto diversas alternativas; algunas muestran énfasis en brindar información clara y oportuna al paciente sobre su padecimiento y el trasplante (Krasuska, Dmoszyńska, Daniluk y Stanislawek, 2002); otras han demostrado que la relajación es eficiente para el manejo de estrés, ansiedad y depresión (Luebbert, Dahme y Hasenbring, 2001; Kim y Kim, 2005).

Finalmente se han implementado programas multicomponentes que incluyen relajación progresiva muscular, ejercicio y psicoeducación sobre la capacidad física, los cuales han reportado mejoría significativa en la conservación de la fuerza muscular (Jarden et al., 2007), disminución en la intensidad de la diarrea (Jarden et al., 2009), menor tiempo de requerimiento de nutrición parenteral (Jarden et al., 2009) y menor pérdida de funcionalidad física (Jarden et al., 2007), así como mejoría clínica sobre la fatiga (Jarden et al., 2009).

En México existen pocos estudios publicados sobre la evaluación e intervención en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea; Martínez (2009) reportó el caso único de una paciente some-

tida a trasplante alogénico en el que se implementó una intervención compuesta por psicoeducación, respiración diafragmática, relajación con imaginación y reestructuración cognitiva.

Finalmente en el Instituto Nacional de Cancerología se llevó a cabo un proyecto que contempló una intervención multicomponente (educación para la salud, psicoeducación, relajación progresiva muscular pasiva y programa de actividad física) que mostró que 21% menos de pacientes que participaron en este proyecto requirieron de interconsultas a psiquiatría, además requirieron con menor frecuencia de manejo farmacológico y tuvieron una estancia hospitalaria más corta en comparación con un grupo histórico (Rivera-Fong, Landa, Valero y Riveros, 2014).

Por otro lado, en caso de un trasplante alogénico, no se debe olvidar al donador, quien deberá ser evaluado antes del procedimiento y corroborar que no existe presión social o familiar para llevar a cabo la donación (ESH, 2008). En ellos, se recomienda implementar un programa de preparación psicológica para la colocación de catéter y toma de células madre de manera similar a la preparación psicológica para cirugía; reiterando siempre que el procedimiento no tiene impacto en su salud y que su médula ósea podrá regenerarse de manera autónoma.

Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestructurada que contemple antecedentes médicos y psicológicos personales y familiares, examen mental, conciencia de enfermedad y procedimiento, estilo de enfrentamiento, antecedentes de adhesión a tratamiento y apoyo social real y percibido. • Distrés (Distress Thermometer) • Ansiedad y Depresión (HADS) • Calidad de vida (EORTC)
Intervención previa a hospitalización
<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y educación para la salud • Relajación progresiva muscular pasiva

Durante hospitalización
<ul style="list-style-type: none"> • Programa de ejercicio físico leve • Autorreporte diario de estrés • Re-evaluación de ansiedad y depresión en cuatro momentos clave: <ol style="list-style-type: none"> a. día de la hospitalización b. el día de la infusión de células madre c. día +7, es decir, una semana después de la infusión y d. la alta.
Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del paciente por consulta externa

Tabla 16.2 Propuesta de evaluación e intervención en pacientes sometidos a trasplante.

Conclusiones

Como se pudo observar a lo largo del capítulo, el paciente hematológico frecuentemente presenta comorbilidad psicológica durante el proceso de enfermedad, por lo que es indispensable que sea atendido de manera integral. En este tenor, el especialista en medicina conductual juega un papel muy importante debido a las constantes demandas a que son expuestos el paciente y sus familiares, que de no ser llevadas a cabo de manera adecuada, pueden impactar directamente en la evolución del padecimiento.

Desafortunadamente la investigación desarrollada hasta el momento en esta área es limitada y poco especializada. En particular en las enfermedades benignas, en las que por ejemplo, hasta donde se conoce no se cuenta con investigaciones sobre el impacto psicológico ni se cuenta con intervenciones especializadas en padecimientos como púrpura y anemias; mientras que investigaciones sobre los pacientes con hemofilia, regularmente son con niños y consideran muestras pequeñas. En el caso de los padecimientos oncológicos, existen múltiples estudios que consideran participantes hematológicos, sin embargo, son pocas las investigaciones con pacientes

adultos hemato-oncológicos específicamente, lo que dificulta la adecuación de las intervenciones a esta población.

Una área de oportunidad en investigación que se considera debe ser desarrollado es el concepto de enfermedad en pacientes hematológicos, debido que al ser padecimientos “líquidos”, en ocasiones resulta difícil lograr consciencia de enfermedad y se producen frecuente distorsiones cognitivas.

Además, se ha demostrado el impacto del estrés en el sistema inmunológico del paciente, por lo que diseñar programas de intervención que consideren estos factores en los pacientes hematológicos resultaría un gran aporte considerando la posibilidad de que al impactar en el sistema inmunológico se logren tiempos de recuperación más cortos.

Por otro lado, es indispensable diseñar intervenciones especializadas en manejo de sintomatología psicológica asociada a estancias hospitalarias largas y su impacto tanto en el paciente como el familiar, ya que frecuentemente los pacientes sólo cuentan con un cuidador quien lo acompaña en todas las estancias hospitalarias, de manera que uno de los objetivos debe ser fomentar el apoyo social y reforzar las redes de apoyo.

En este sentido, retoma importancia el ejercicio y programas de activación conductual para ambas poblaciones, así como el fomento de adquisición de habilidades en solución de problemas que les permitan enfrentar de manera activa las situaciones a que son expuestos con el menor impacto psicosocial posible.

Debido al papel preponderante que juegan los cuidadores en la evolución del paciente, es indispensable desarrollar programas de evaluación e intervención especializados, ya que constantemente se publican estudios realizados con familiares de pacientes pediátricos, pero se deja de lado a los familiares de pacientes adultos.

REFERENCIAS

- American Cancer Society (2012). Trasplante de células madre (trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre de cordón umbilical). Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002991-pdf.pdf>
- Aminabadi, N.A., Erfanparast, L., Sohrabi, A., Oskouei, S.G. y Naghili, A. (2012). The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4 – 6 years-old children: a randomized controlled clinical trial. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 6(4), 117 - 124. doi: <http://dx.doi.org/10.5681/joddd.2012.025>
- Anderson, K.O., Giralt, S.A., Mendoza, T.R., Brown, J.O., Neumann, J.L. y Mobbly, G.M. (2007). Symptom burden in patients undergoing autologous stem-cell transplantation. *Bone marrow transplant*, 39(12), 759–766.
- Barlow, J.H., Stapley, J. y Ellard, D.R. (2007). Living with haemophilia and von Willerbrand's: a descriptive qualitative study. *Patient education and counseling*, 68(3), 235 - 242. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.006>
- Brown, T.A., Campell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.,R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585–599. doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843X.110.4.585>
- Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR). (2011). Current uses and outcome of hematopoietic stem cell transplantation 2011. Recuperado del sitio internet del CIBMTR: <http://www.cibmtr.org>
- Courneya, K.S., Keats M.R. y Turner, A.R. (2000). Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. *Psychooncology*, 9(2), 127-136. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200003/04\)9:2<127::AID-PON438>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:2<127::AID-PON438>3.0.CO;2-L)
- Das, D.A., Grimmer, K.A., Sparnon, A.L., McRae, S.E. y Thomas, B.H. (2005). The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pediatrics*, 5(1), 1–10. doi: 10.1186/147-2431-5-1.
- Dileo, C. (2006). Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *Journal of the society for integrative oncology*, 4(2), 67-70. doi: <http://dx.doi.org/10.2310/7200.2006.002>
- European School of Haematology (ESH). (2008). *The EBMT handbook. Haematopoietic stem cell transplantation*. Francia: Évreux
- Fife, B.L., Huster, G.A., Cornetta, K.G., Kennedy, V.N., Akard, L.P. y Broun, E.R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of clinical oncology*, 18(7), 1539-1549. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10735903>
- Fritzsche, K., Struss, Y., Stein, B., & Spahn, C. (2003). Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematological Oncology*, 21(2), 83-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hon.711>

- Given, B., Given, C.W., McCorkle, R., Kozachik, S., Cimiprich, B., Rahbar, M.H. y Wojcik, C. (2002). Pain and fatigue management: results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology nursing forum*, 29(6), 949-958. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/02.ONF.949-956>
- Grulke, N., Bailer, H., Kächele, H. y Bunjes, D. (2005). Psychological distress of patients undergoing intensified conditioning with radioimmunotherapy prior to allogeneic stem cell transplantation, *Bone marrow transplantation*, 35(11), 1107-1111. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bmt.1704971>
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Núñez, C. e Ibáñez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en medicina interna. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- Hillman, R.S., Ault, K.A. y Rinder, H.M. (2006). *Hematología en la práctica clínica*. México: McGraw Hill.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A.A., Vonk, I.J., Sawyer, A.T. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Instituto Nacional del Cáncer (2014). Cánceres de la A a la Z. Recuperado de: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/canceres-a-z#1>
- Jacobsen, P.B., Manne, S.L., Gorfinkle, K., Schorr, O., Rapkin, B. y Redd, W.H. (1990). Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health Psychology*, 9(5), 559-576. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.9.5.559>
- Jadoon, N.A., Munir, W., Shahzad, M.A. y Choudhry, Z.S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *Biomedical central cancer*, 10, 594-600. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/594>
- Jarden, M., Hovgaard, D., Boesen, E., Quist, M. y Adamsen, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 40(8), 793-800. doi: <http://dx.doi.org/1038/sj.bmt.1705807>
- Jarden, M., Baadsgaard, M.T., Hovgaard, D.J., Boesen, E. y Adamsen, L. (2009). A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adult patients undergoing allogeneic SCT. *Bone marrow transplantation*, 43(9), 725-737. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2009.27>
- Kaminsky, L. (2006). *ACSM Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription*. 5. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E. y Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *The journal of the American medical association*, 289(23), 3095-3105. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Kim, S.D., & Kim, H.S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hematopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nursing Journal*, 28(1), 79-83.

- Krasuska, M.E., Dmoszyńska, A., Daniluk, J. y Stanislawek, A. (2002). Information needs of the patients undergoing bone marrow transplantation. *Annales Universitatis Mariae Curie Sklodowska*, 57(2), 178-185. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12898837>
- Kurita, G.P., Tange, U.B., Farholt, H., Sonne, N.M., Strömngren, A.S., Ankersen, L., Kristensen, L., Bendixen, L., Gronvold, M., Petersen, M.A., Nordly, M., Chistrup, L., Niemann, C. y Sjogren, P. (2013). Pain characteristics and management of inpatients admitted to a comprehensive cancer centre: a cross-sectional study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 57(4), 518-525. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/aas.12068>
- Lee, S.J., Loberiza, F.R., Antin, J.H., Kirkpatrick, T., Prokop, L., Alyea, E.P., Cutler, C., Ho, V.T., Richardson, P.G., Schlossman, R.L., Fisher, D.C., Logan, B. y Soiffer, R.J. (2005). Routine screening for psycho social distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 35(1), 77-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bmt.1704709>
- Luebbert, K., Dahme, B. y Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10(6), 490-502. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.537>
- Martínez Hernández, R. (2009). Reporte de experiencia profesional (Tesis de maestría). Recuperado de <http://www.dgbiblio.unam.mx/index.php/catalogos>
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interviews-based studies. *Lancet Oncology*, 12(2), 160-172. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Plug, I., Peters, M., Mauser-Bunschote, E.P., De Goede-Bolder, A., Heijnen, L., Smit, C., Willemse, J., Rosendaal F.R. y Van der Bom, J.G. (2008). Social participation of patients with hemophilia in the Netherlands. *Blood*, 111(4), 1811-1815. doi: <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2007-07-102202>
- Provan, D., Singer, C., Baglin, T. y Lilleyman, J. (2004). *Oxford handbook of clinical Haematology*, London: Oxford University Press.
- Rivera-Fong, L. (2014) Reporte de experiencia profesional. Efectos de una intervención cognitivo conductual y un programa de actividad físico sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rivera-Fong, L., Landa, E., Valero, L.M. y Riveros, A. (en prensa). Efectos de una intervención cognitivo conductual y actividad física sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre. *Psicooncología*, 11.
- Rischer, J., Scherwath, A., Zander, A.R., Koch, U. y Schulz-Kindermann, F. (2009). Sleep disturbances and emotional distress in the acute course of hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 44(2), 121-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2008.430>

Savard, J. y Morin, C.M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, *2*(19), 885– 908.

Sherman, A. C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R., & Tricot, G. (2004). Psychosocial adjustment and quality of life among multiple myeloma patients undergoing evaluation for autologous stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, *33*(9), 955-962 doi: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bmt.1704465>

Sinha, M., Christopher, N.C., Fenn, R. y Reeves, L. (2006). Evaluation of nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, *117*, 1162-1168. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.005-1100>

RESEÑAS CURRICULARES

Coordinadores

Leonardo Reynoso-Erazo

Médico Cirujano y Maestro en Modificación de Conducta por la UNAM; miembro de la Society of Behavioral Medicine, de la American Psychological Association, de la Society for Neuroscience, de la Asociación Mexicana de Psicología Social y de la SMAC; coordinador de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. Ha publicado 40 artículos en revistas, 27 capítulos de libro y es autor –entre otros- de los siguientes libros: Cuide su corazón, Psicología y Salud, Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual, Electrocardiografía, Sistema Cardiovascular, Hipertensión arterial: Manual de intervenciones en actividad física, alimentación y solución de problemas para niños.

Ana Leticia Becerra Gálvez

Licenciada en Psicología con Mención Honorífica por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Estudió una Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual. Actualmente supervisora académica de dicha Residencia y Profesora de Asignatura Ordinario Nivel A de la UNAM-FESI. Ha participado como ponente en Congresos Nacionales e Internacionales y actualmente es Miembro de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología y de la Asociación Mexicana de Psicología Social. Ha publicado un total de 8 artículos en revistas nacionales e internacionales y en 3 capítulos de libro.

Autores

Cecilia Alderete Aguilar

Licenciada y Maestra en Psicología, con especialidad en Medicina Conductual. Diplomado en Terapia Cognitivo Conductual para Niños y Adolescentes. Diplomado de alta especialidad en Cuidados Paliativos. Consejera en VIH certificada por la oficina de SIDA de California. Ha laborado en diferentes instituciones del sector público, brindando atención clínica a niños y adultos con enfermedades crónicas. Ha participado en el desarrollo e implementación de diferentes proyectos de investigación, los cuales ha presentado en congresos nacionales e internacionales. Actualmente es Psicóloga Clínica adscrita al Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas del INER.

Sandra Anguiano Serrano

Licenciada en Psicología y Maestría en Modificación de Conducta por la UNAM, FES Iztacala. Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Granada, España. Profesora Titular de Tiempo Completo en la UNAM, FES Iztacala, en el área de Psicología Clínica de la licenciatura en psicología, además de colaborar en el Posgrado de Medicina Conductual. Ha colaborado en diferentes proyectos institucionales en el área de Psicología Clínica. Actualmente es miembro del Comité de Bioética de la carrera de psicología (FES Iztacala); de la junta directiva de la Asociación Psicológica de Iberoamericana de Clínica y Salud; y del comité editorial de la revista internacional de Psicología Conductual. Ha publicado artículos en revistas y capítulos de libro.

Cointa Arroyo Jimenez

Es Licenciada y Maestra en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, en la maestría hizo su residencia en Medicina Conductual. Ha sido ponente en varios congresos de psicología general y de psicología de la salud, su dominio del inglés es del 100%. Ha tenido experiencia profesional en el área de oncopediatria del Hospital Juárez de México, área de cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría, área de psico-oncología en el Instituto Nacional de Cancerología y actualmente trabaja en el servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

María Rosa Ávila Costa

Estudió la licenciatura en Psicología, maestría en Neurociencias y el Doctorado en Ciencias Biológicas en la UNAM. Fue galardonada por la UNAM, con la medalla Sor Juana Inés de la Cruz en 2007 y con el premio Estatal de Ciencia y Tecnología en 2011. Perteneció al SNI Nivel II. Su campo de estudio de la se centra en la Neurobiología de las enfermedades Neurodegenerativas, principalmente de la enfermedad de Parkinson. Ha formado alumnos de nivel licenciatura, maestría y doctorado. Ha publicado más de 45 artículos internacionales, un libro nacional y cuatro internacionales.

María Cristina Bravo González

Licenciada en Psicología por la FES Iztacala, UNAM, Maestra en Psicología con residencia en Medicina Conductual por la UNAM. Docente en la licenciatura en Psicología de la FES Iztacala desde 2004. En 2005 se incorporó a las actividades de supervisión académica en el Hospital Juárez de México (residencia en Medicina Conductual). Actualmente es Profesora Asociada "C" en la División de Investigación y Posgrado, responsable del Diplomado de Terapia Cognitivo-Conductual y tutora del programa de maestría en Psicología. Dirige tesis de licenciatura, participa en proyectos de investigación y ha publicado en revistas especializadas y como autora en capítulos de libro.

Centli Guillén Díaz Barriga

Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Psicología con especialidad en Medicina Conductual por parte de la Facultad de Psicología de la UNAM, becaria CONACYT para Estudios de Posgrado. Responsable de elaboración, desarrollo y ejecución de protocolos de investigación en psicología enfocados a mejorar el tratamiento del asma titulados: "Intervención cognitivo conductual para el control del asma basada en solución de problemas" y "Relación de calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes asmáticos"

Isaías Vicente Lugo González

Licenciado y Maestro en Psicología por la UNAM. Colaborador en proyectos de investigación el área de la salud. Su trabajo se ha centrado en las áreas de intervención e investigación psicológica con personas con enfermedades crónicas como Cáncer, Asma y enfermedad renal crónica. Actualmente trabaja con pacientes en Hemodiálisis y es docente de psicología clínica en la universidad tecnológica de México. Ha publicado artículos en revistas indizadas y de divulgación.

Mayra Alejandra Mora Miranda

Licenciada en Psicología con Mención Honorífica por la UNAM-FESI, cursó la Maestría en Psicología de la UNAM con residencia en Medicina Conductual. Profesora de Asignatura A Definitiva en la licenciatura en de la UNAM-FESI. Desde 2012, Ayudante de Profesor B en proyecto de investigación Educación para la Salud y Estilos de Vida de misma institución, realizando actividades de evaluación, desarrollo y supervisión académica para los alumnos de la Residencia en Medicina Conductual. Ponente en diplomado de Terapia Cognitivo-Conductual de la UNAM-FESI. Psicóloga del Servicio de Oncología y Supervisora in situ del Hospital Juárez de México en 2013.

María José Noguera Orozco

Candidata a Doctorado en Psicología y Salud, Maestra en Psicología con Residencia en Medicina Conductual en la UNAM. Licenciada en Psicología por la Universidad Iberoamericana Puebla. Docente en el Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Coordinadora de protocolos de investigación psicológica y atención clínica a pacientes con VIH en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Publicación de artículos de divulgación científica. Ponente en pláticas de apoyo para pacientes con VIH en la industria farmacéutica. Práctica privada desde el 2008. Miembro de la SMP y Psicóloga Certificada ante el COMEPPSI.

Brenda Pérez Terán

Es licenciada en Psicología con maestría en Medicina Conductual por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomado en Psicopatología y Pruebas Psicológicas por el Instituto Mexicano de Psicopedagogía, A. C. Trabajó en clínicas de hemodiálisis. Ha colaborado en programas de apoyo al paciente en Laboratorios Roche y fue invitada especial por Bristol-Myers Squibb para impartir pláticas a personas que viven con VIH. Participa en protocolos de investigación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” donde actualmente labora como psicóloga de la clínica de VIH. Actualmente su consulta privada la realiza en el Hospital Dalinde.

Aída Monserrat Reséndiz Barragán

Licenciada en psicología por la Universidad de Monterrey y egresada de la maestría en psicología con residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México. Diplomado en Hipnosis Ericksoniana. Investigadora en Ciencias Médicas adscrita al área de subdirección de investigación biomédica y coordinadora del área de psicología de la clínica de obesidad del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Socio

afiliado al Colegio Mexicano de Cirugía para la Obesidad y Enfermedades Metabólicas. Ha participado en congresos y publicaciones nacionales e internacionales y ha diseñado e impartido cursos en la Universidad Iberoamericana en México D.F. orientados a desarrollar estilos de vida saludable.

Liliana Mey Len Rivera Fong

Licenciada en Psicología por la Universidad del Valle de México y Maestra en Psicología, con Residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México. Se ha desempeñado primordialmente en la atención psicológica de pacientes hematológicos y ha desarrollado programas de evaluación e intervención cognitivo conductual en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre en el Instituto Nacional de Cancerología y actualmente como Médico Interconsultante del Hospital Ángeles. Se ha desempeñado como docente en Universidades privadas desde 2012. Ha participado en diversos Congresos Nacionales e Internacionales y ha publicado artículos en revistas indizadas y ha colaborado en dos libros.

Mariana Alejandra Sierra Murguía

Lic. y Maestra en Psicología, egresada del programa de Residencia en Medicina Conductual, realizó un diplomado en Psicología Bariátrica, curso de General Biofeedback Training por Behavioral Medicine Training Foundation, curso de CBT for challenging patients and personality disorders en el Beck Institute, PA. Trabajó como investigador en Ciencias Médicas “a” en la clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Actualmente se dedica a la práctica privada en el Hospital Star Médica Querétaro, forma parte del equipo multidisciplinario del Centro Oncológico y de Radioterapia del Hospital Tec100 de Querétaro, trabaja en la formación del Centro de Investigación y Desarrollo de Estilos de Vida en Querétaro y es docente a nivel de pregrado en la Universidad Contemporánea-Mondragón en Querétaro.

Rocio Tron Álvarez

Cursó la licenciatura en Psicología, la maestría en Modificación de Conducta y el Doctorado en Psicología, (titulándose con proyectos relacionados con el campo de la salud, alcoholismo, Conducta Tipo A y la experiencia de vivir con una lesión medular traumática, respectivamente). Profesora en el área de Métodos Cuantitativos de la carrera de Psicología (FESI). Ha participado en investigaciones con diversos tópicos como Conducta Tipo A, Dislexia, Pensamiento constructivo, Calidad de vida en el adulto mayor, Fobia social, entre otros. Ha participado en eventos de divulgación científica, tanto nacionales como internacionales. Es autora de un libro, capítulos de libros y artículos.

María Isabel Vázquez Mata

Licenciada en Psicología con mención honorífica, Maestra en Psicología, con especialidad en Medicina Conductual, UNAM. Residencia en medicina conductual en el Hospital Juárez de México, servicio de Nefrología, autora de publicaciones: Journal of Behavior, Health & Social Issues, Revista Mexicana de Trasplantes, Revista Mexicana de Investigación en Psicología. Participación en protocolos de investigación de la industria farmacéutica. Psicoterapeuta cognitivo conductual en la práctica privada. Actualmente Profesora de Posgrado en Universidad Justo Sierra y coordinadora de donación de órganos y tejidos en diversos hospitales de Instituto de Salud del estado de México (ISEM), adscrita al Banco de Tejidos del Estado de México.

María Beatriz Villarruel Rivas

Licenciada en Psicología por la UNAM. Maestra en Psicología con especialidad en Medicina Conductual y Doctora en Psicología en el área de la Salud por la UNAM. Diplomado en Intervención en Crisis y Terapia Breve. Diplomado en Neurodesarrollo y Estimulación Temprana. Es miembro asociado de la Sociedad Mexicana de Psicología. Ha colaborado en diversos proyectos de investigación institucionales en salud, con población pediátrica. Es psicóloga clínica en la Secretaría de Salud. Ha publicado en coautoría publicaciones en el ámbito de la atención de la salud en niños y adolescentes.

Revisores

Cecilia Colunga Rodríguez

Psicóloga, Maestra y Doctora en Salud Pública. Presidente del Comité de Bioética Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Profesor Investigador del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Secretario Técnico y Coordinador, Doctorado Interinstitucional en Psicología. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Miembro de la Academia Jalisciense de Ciencias. Secretario de Investigación del Colegio de Psicólogos del estado de Jalisco. Miembro de la Red Nacional de Investigación en Obesidad Infantil del IMSS. Premio Jalisco de Ciencias de la Salud 2008, Premio al mérito profesional en el área de Educación 2011, Premio Mexicano de Psicología 2012 en el área de investigación.

Tonatiuh García Campos

Licenciado y Doctor en Psicología (UNAM) con mención honorífica. Profesor tiempo completo definitivo (Universidad de Guanajuato). Director del Departamento de Psicología de la Universidad de Guanajuato (2008-2016). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel I). Ponente y conferencista magistral en congresos nacionales e internacionales. Autor y coautor de múltiples artículos en revistas indizadas y capítulos de libro. Profesor y Director de tesis de licenciatura y posgrado. Líneas de investigación: Cultura y Personalidad; Perfil psicocultural del mexicano; Bienestar subjetivo. Presidente de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO) (2010 - 2012). Distinción Rogelio Díaz Guerrero otorgada por la AMEPSO y la Fundación Dr. Rogelio Díaz Guerrero.

Luis Felipe García y Barragán

Licenciado en Psicología Social por la UAM-I, obtiene su doctorado en Psicología en la UNAM, actualmente adscrito como profesor – investigador de tiempo completo en la Universidad de Guanajuato, miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde el 2008, desarrolla su área de experiencia dentro de la etnopsicometría y la creación de pruebas culturalmente justas. Actualmente es miembro activo de diferentes comités académicos de planificación, diseño, y elaboración de pruebas de evaluación nacionales (INEE, CENEVAL, COMEPPSI, etc.), actualmente realiza investigación en bienestar subjetivo, embarazo adolescente, violencia y acoso en universitarios.

Areli Reséndiz Rodríguez

Licenciada en Psicología con Mención Honorífica por la Universidad Nacional Autónoma de México, realizó su Maestría en Medicina Conductual en la misma institución con residencia en el Hospital Juárez de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Obtuvo su Doctorado en Psicología y Salud en la Facultad de Psicología, UNAM. Logró la Certificación Profesional en Psicología (primera generación) por parte del Colegio Mexicano de profesionistas de la Psicología. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología (UNAM), combina la experiencia clínica en escenarios privados y públicos bajo el enfoque cognitivo–conductual.

(página en blanco)



Esta obra está editada bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

MEDICINA CONDUCTUAL: Teoría y Práctica

ISBN 978-607-96359-1-6

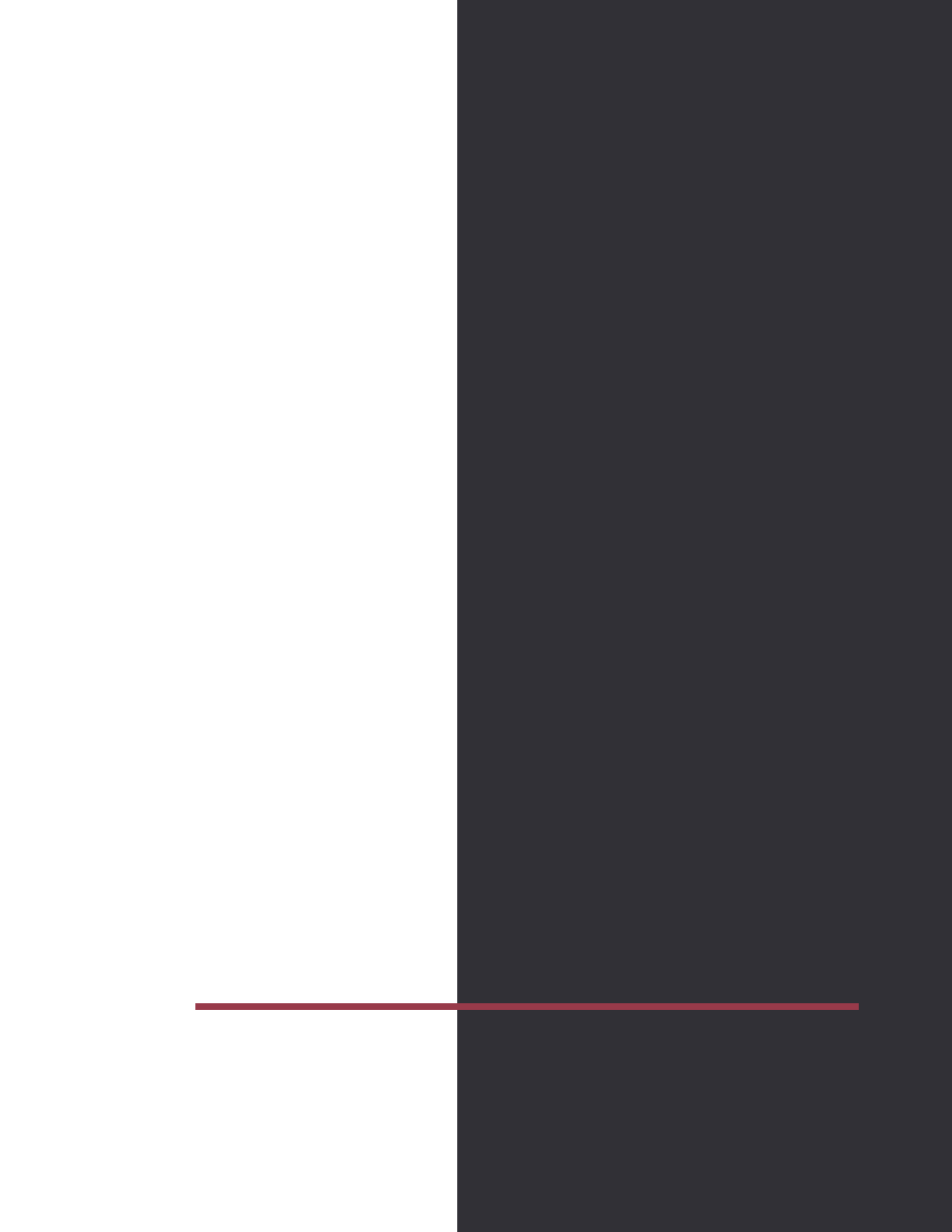
DOI 10.29410/QTP.14.01

La primer edición se terminó de producir en noviembre de 2014.
Su diseño y edición estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
<http://www.qartuppi.com>





MEDICINA CONDUCTUAL: Teoría y Práctica

En el conjunto de estos trabajos es fácil apreciar una serie de características que confiere a la obra un carácter excepcional: en primer lugar, recuperan las virtudes de la solidez conceptual y el rigor metodológico propias de la ciencia del comportamiento para la intervención en el ámbito de la salud; en segundo lugar, condensa los resultados del progreso teórico, metodológico y técnico alcanzado en los años más recientes mediante la investigación, la intervención y la revisión crítica de los resultados obtenidos; por último, representa la concreción disciplinar de la ciencia aplicada en la psicología clínica.

Qartuppi®

ISBN 978-607-96359-1-6

