

MEDICINA CONDUCTUAL:

Avances y Perspectivas

Leonardo Reynoso Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez
(Coordinadores)



Qartuppi®



Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



MEDICINA CONDUCTUAL:

Avances y Perspectivas

Leonardo Reynoso Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez
(Coordinadores)

Qartuppi®

Revisión técnica:

Dra. María Luisa Ávalos Latorre, Universidad de Guadalajara

Dr. Everardo Camacho Gutiérrez, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

MEDICINA CONDUCTUAL:

Avances y Perspectivas

1era. edición, julio 2021

ISBN 978-607-8694-13-6

DOI 10.29410/QTP.21.11

D.R. © 2021. Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Son. 83220 México

<http://www.qartuppi.com>

Edición y Diseño: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Ilustración de portada: <https://thisartworkdoesnotexist.com>

Tabla de contenido



7 **Prólogo**

Claudio Carpio

10 **Introducción**

Leonardo Reynoso Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez

16 **Capítulo 1**

Entrevista conductual en el ámbito hospitalario

Ma. Cristina Bravo González y Roberto Miguel Corona

48 **Capítulo 2**

Diseños N = 1, viabilidad y utilidad en escenarios hospitalarios

Roberto Miguel Corona e Isaías Vicente Lugo González

73 **Capítulo 3**

Obesidad, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2

Antonio Rosales Arellano, Sandra Angélica Anguiano Serrano y Leonardo Reynoso Erazo

97 **Capítulo 4**

Hipertensión: riesgo cardiovascular, conducta y control de complicaciones

Leonardo Reynoso Erazo, Aarón Villegas Cisneros y María Rosa Ávila Costa

- 124 **Capítulo 5**
Conducta de pica en pacientes con enfermedad renal crónica:
propuesta de evaluación e intervención conductual
Cintia Tamara Sánchez Cervantes, Isaías Vicente Lugo González
y María Isabel Vázquez Mata
- 141 **Capítulo 6**
Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual para el dolor
en pacientes con enfermedad crónica
Ana Leticia Becerra Gálvez, Diana Salazar Díaz, Guadalupe Arely Hernández Gálvez
y Yuma Yoaly Pérez Bautista
- 165 **Capítulo 7**
Envejecimiento activo: avances y perspectivas
Ana Leticia Becerra Gálvez y Sandra Angélica Anguiano Serrano
- 183 **Capítulo 8**
Adhesión al tratamiento: un problema en las enfermedades crónicas
Isaías Vicente Lugo González y Aarón Villegas Cisneros
- 209 **Capítulo 9**
Cuidador primario informal (CPI): necesidades psicosociales y estrategias
de atención psicológica
Ana Leticia Becerra Gálvez y Bertha Ramos del Río
- 225 **Capítulo 10**
Educación a distancia y asistencia psicológica online de cara a la COVID-19:
un modelo de trabajo
Leonardo Reynoso Erazo, Isaías Vicente Lugo González, Ana Leticia Becerra Gálvez
y Yuma Yoaly Pérez Bautista
- 246 **Reseñas curriculares**

Prólogo

Claudio Carpio

Los diversos campos de aplicación social del conocimiento científico, invariablemente, se intersectan en el dominio del comportamiento humano como catalizador de sus beneficios tanto en lo individual como en lo colectivo y lo institucional, porque en sentido estricto son las prácticas y acciones de las personas las que cohesionan empíricamente los diversos aspectos de la realidad que son estudiados por las distintas disciplinas científicas. Aún más, no sería exagerado afirmar que el hacer y decir concreto de hombres y mujeres representa simultáneamente el medio y el modo en el que la realidad se actualiza como un todo organizado, con sentido y valor propiamente humano.

En virtud de lo anterior, la medicina conductual representa, además de un dominio de conocimiento cuyo rigor metodológico y conceptual se consolida a pasos agigantados, uno de los mejores ejemplos del modo en que la Psicología delimita campos de acción profesional altamente especializada para los estudios del comportamiento humano que se interesan en la teorización e intervención en el ámbito de la salud, a la que conceptualizan como un territorio que en modo alguno es de

competencia exclusiva de las especialidades médicas tradicionales.

La consolidación del campo, por supuesto, no ha sido sencilla. Para conseguirlo ha debido partir desde el ejercicio temprano del consuelo y la conmiseración como las únicas tareas inicialmente permitidas a los psicólogos, o su asistencia y ayudantía para la ejecución de las prescripciones terapéuticas (farmacológicas, alimentarias o físicas), hasta las más rigurosas, cuidadosas y elegantes demostraciones de que sin comportamiento no hay salud ni enfermedad, y de que sin intervención psicológica científicamente fundada no hay posibilidad alguna de preservación o recuperación de la salud.

En esa trayectoria histórica de consolidación, los impulsores de la medicina conductual también se han esforzado por colocar en su correcta dimensión conceptos centrales como el de comportamiento, salud, lenguaje, habilidad, competencia, entre otros, para evidenciar los múltiples, y a veces escondidos, mitos y errores lógico-conceptuales heredados de las tradiciones cartesianas que colocaron al comportamiento en la condición de simple epife-

nómeno de los acontecimientos mentales de naturaleza inaccesible a la observación. Por eso, buenas teorías han sido la base de buenas intervenciones y resultados, haciendo de lo teórico un componente sustancialmente práctico y viceversa. De hecho, también es necesario subrayar que esta tarea de dilucidación y clarificación conceptual no ha respondido solo al legítimo interés por lograr la coherencia científica indispensable, sino también a la necesidad de construir procedimientos objetivos y confiables de medición, evaluación e intervención cuyos efectos positivos sean estimables con precisión.

La estimación confiable de los cambios que su intervención produce en la salud de las personas, tanto como la dirección y magnitud de estos, es una valiosa cualidad de eticidad que distingue a la práctica de la medicina conductual y que la aparta de las tradiciones especulativas que limitan sus indicadores de éxito a reportes verbales de *satisfacción* o *mejoría subjetiva*. Su efectividad, dicho de otro modo, no es el reflejo de intereses espurios en el espejo vanidoso de la fantasía, sino una realidad que se somete a las más rigurosas pruebas de validación empírica, confiriéndole un estatuto singular de seriedad y honestidad. Por esto, se puede afirmar que la medicina conductual constituye una práctica objetiva, cuyo valor recae en las evidencias que la sustentan como un ejercicio serio de conocimiento que contribuye de modo incontrovertible al bienestar humano.

La medicina conductual como campo de conocimiento y de intervención, comprometida con una actitud de seriedad científica, siempre dispuesta a la autocorrección, la autocrítica y la revisión constante de sus fundamentos, se encuentra en un estadio de progreso inacabado, en el que el trabajo constante y sostenido representa el mejor garante de éxito en la consolidación de un espacio de trabajo actual y futuro para los estudiosos del comportamiento humano. Por ello, cada texto que reporta nuevos avances debe leerse en el contexto de este proceso de desarrollo y mejoría.

En México, los avances de la medicina conductual son notables y acreedores plenos de reconocimiento, aprecio y gratitud, que se extienden no como protocolara adulación sino como testimonio genuino del compromiso y responsabilidad que han caracterizado al grupo académico encabezado por Leonardo Reynoso Erazo en la Residencia de Medicina Conductual adscrita al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Una valiosa muestra de su trabajo está contenida en **MEDICINA CONDUCTUAL: Avances y Perspectivas**, da continuidad a la obra precedente publicada en 2014, titulada **Teoría y Práctica** subrayando la extensión temporal de su compromiso.

Por elemental coherencia con lo afirmado en el primer párrafo de este prólogo, hay que reiterar que es el hacer y decir efectivo –como prácticas disciplinares– de personas

concretas, lo que hace realidad este campo. En esa medida, hay que puntualizar y reconocer que junto a Leonardo Reynoso se distingue el trabajo de Ana Leticia Becerra Gálvez –hoy adscrita a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza–, Ma. Cristina Bravo, Roberto Miguel Corona, Sandra Angélica Anguiano, María Rosa Ávila e Isaías Vicente Lugo, académicos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. A todos ellos, por su responsabilidad y compromiso, hay que decirles *¡salud... mucha salud!*

Por último, es notorio que en esta breve nota no se hace alusión al contenido específico de cada uno de los capítulos que integran este libro. Es así, porque en las siguientes páginas, Leonardo Reynoso y Ana Leticia Becerra lo hacen con muy buena pluma y, principalmente, porque el buen vino nunca se abre antes de llegar a la mesa, en este caso, es a donde el afortunado lector habrá de disfrutar **MEDICINA CONDUCTUAL: Avances y Perspectivas.**

Introducción

Leonardo Reynoso Erazo y Ana Leticia Becerra Gálvez

Hace más de 40 años, el modelo médico de atención sufrió un cambio de gran importancia; de haberse dedicado exhaustivamente a la búsqueda de la enfermedad en un sustento predominantemente biológico y mecanicista (Amigo, Fernández, & Pérez, 2003; Diefenbach & Leventhal, 1996; Engel, 1977; Lakhan, 2006; Reynoso & Seligson, 2005) surgió un nuevo enfoque denominado biopsicosocial –propuesto inicialmente por Engel en 1977–, el cual propone estudiar al ser humano como una unidad biológica, capaz de sentir, percibir y pensar, inserto en un contexto social, asumiendo la existencia de relaciones entre tres dimensiones: (a) la biológica, tradicionalmente trabajada por los médicos; (b) la psicológica, en ese entonces (y como ahora) con una variedad de enfoques teóricos, aunque desde el gremio médico predominando el psicoanálisis; y (c) la sociológica, pues se pretendía entender el papel del contexto social en la génesis y mantenimiento de la enfermedad, buscando extender la comprensión de esta, sin dejar de lado aspectos humanistas que han acompañado a la práctica médica (Engel, 1977; Lakhan, 2006).

Si bien, el propósito de este modelo pretendía que los profesionales del área de la salud tuviesen un enfoque más amplio del proceso salud-enfermedad, el nombre únicamente favoreció su utilización para aducir que, al estar formado en dicho modelo, se tendría una visión holística de la enfermedad, situación que distó mucho de llevarse a cabo en la práctica, debido a que los aspectos denominados psicosociales no se consideran tan relevantes por los estudiantes de medicina (ni por sus profesores), quienes suponen que el conocimiento se encuentra en las asignaturas biomédicas morfológicas, funcionales, nosológicas y terapéuticas.

El modelo biopsicosocial original asumía que el médico debiera ser capaz de distinguir entre el proceso patológico (la enfermedad) –objeto de estudio de los médicos– y la percepción que tienen los pacientes de sus malestares, aclarando que estos no necesariamente son paralelos, ya que una persona puede tener una serie de malestares y ello no necesariamente implica enfermedad, mientras que otra puede referirse asintomática y estar enferma;

por ello, la importancia de recabar información suficiente referente a los aspectos biológicos de la enfermedad, sin olvidar las creencias, los pensamientos y los sentimientos de los pacientes respecto a esta, su perspectiva con relación al tratamiento, además de indagar sobre el grupo social y la existencia de redes de apoyo (Amigo et al., 2003; Grau, 2016; Helman, 1981; Larsen, 2009; Rodríguez-Marín, 2001; Taylor, 2007). Desde esta perspectiva, se resalta, entre otras cosas, la importancia del comportamiento en el proceso de mantenimiento, pérdida y recuperación de la salud, mostrando que esta no es solo un asunto estrictamente biomédico, sino que se relaciona con factores psicológicos y sociales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978).

El comportamiento ocupó su lugar en el modelo de atención de la Medicina Conductual (MC) que, al igual que los médicos, utiliza un trabajo individual originalmente dirigido al tratamiento de problemas derivados de la enfermedad (Schwartz & Weiss, 1978); y, a medida que el tiempo ha pasado, las opciones de atención se amplían, de tal suerte que ahora se acepta el trabajo preventivo como indispensable (Society of Behavioral Medicine, 2021).

La MC como área de trabajo ha crecido enormemente en distintas partes del mundo –particularmente en los Estados Unidos de América, donde podemos encontrar universidades y hospitales que ofrecen formación en esta área (e. g., Emory University School of Medicine, 2018; Harvard University Health

Services, 2021; Institute Academic Medicine, 2021; Lifespan Health System, 2020; Stanford Health Care, 2020)– y es de llamar la atención que los estudiantes de medicina reciban en algunas universidades cursos de introducción en este campo interdisciplinario, lo cual ha favorecido el ulterior trabajo multidisciplinario (Alschuler, Hoodin, & Byrd, 2008; Auxier et al., 2012).

En México, las distintas facultades y escuelas de medicina enfocan sus esfuerzos en la formación biomédica de sus estudiantes, soslayando los elementos psicosociales, bien por ignorancia o por considerarlos menos relevantes. Para demostrar lo anterior, basta con consultar los planes de estudio de la carrera de medicina de distintas escuelas (e. g., Universidad Autónoma Metropolitana, s.f.; Universidad Anáhuac, 2020; Universidad La Salle, s.f.; Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], s.f.; Universidad Veracruzana, 2021), en donde el concepto del ser humano como unidad biopsicosocial se utiliza como parte de la nomenclatura, de las bases o del fundamento del plan de estudios, pero no se encuentra un anclaje de este tipo de conceptos a lo largo de la carrera, por lo que el modelo se reduce a una mera declaración sin sustento.

Señalamos lo anterior, ya que, en Facultades multidisciplinarias, la comunicación y el aprendizaje debiera darse de manera natural; sin embargo, como disciplinas seguimos autocontenidos en nuestras instalaciones y con nuestros programas.

En el Programa de Residencia en Medicina Conductual se utilizaron los beneficios de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, en lo relativo al uso de instalaciones, desarrollo de programas académicos y firma de convenios, lo que permitió iniciar actividades. A 22 años de haber iniciado, el trayecto ha tenido dificultades, entre las que podemos citar la dependencia inicial de la Dirección General de Salud Mental, la diversificación de sedes hospitalarias, la fragmentación de la residencia en dos sedes, la división de los hospitales, los ajustes al trabajo por servicio y, ahora por la pandemia, el confinamiento y el cambio de estrategia docente y de atención a los pacientes (Secretaría de Salud [SSa], 2021a; SSa, 2021b).

En febrero de 2020, iniciamos las tareas conducentes a la creación de esta obra, **MEDICINA CONDUCTUAL: Avances y Perspectivas**. El panorama no apuntaba de ninguna forma al *encierro*, lo que se refleja en el contenido, el cual es diverso y provee una vista general del trabajo del psicólogo especialista en esta área.

Este manuscrito inicia con el modelo de entrevista en el contexto hospitalario, por sus particulares características en términos de escenario, duración, conducta verbal y no verbal del paciente, la referencia a la enfermedad, al internamiento y el miedo a los procedimientos médicos invasivos, etcétera. Continúa con el desarrollo de alternativas de obtención de información y tratamiento de datos en términos de diseños $N = 1$ y su viabilidad y utilidad

en escenarios hospitalarios, partiendo de la base de que debemos demostrar la efectividad de nuestra intervención y qué mejor que realizarlo a partir de los datos obtenidos de los propios sujetos antes, durante y después del tratamiento.

La segunda parte aborda una serie de problemas a los que el maestro en Psicología con área de especialidad en MC se enfrenta con gran frecuencia de acuerdo con los datos de morbilidad y mortalidad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016; 2020): obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, conducta de pica en pacientes con enfermedad renal crónica y dolor crónico.

También se describen las formas y vías de abordaje en diferentes problemas relacionados con la salud, no solo del paciente sino también de otros significativos, con temas como envejecimiento activo y sus implicaciones, la no adherencia al tratamiento como principal problema en pacientes con enfermedad crónica e intervenciones con el cuidador primario informal.

Tal como se mencionó antes, y dada la relevancia de la pandemia por la COVID-19, se incluye también un capítulo que da cuenta de los múltiples ajustes y retos enfrentados por docentes y alumnos del programa de Residencia en Medicina Conductual con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-Iztacala), UNAM. En este apartado, se describen las generalidades de un modelo de

trabajo y los productos resultantes hasta el momento. Se ofrece al lector no solo el estudio de este tipo de problemas sino alternativas de intervención desde la prevención hasta la rehabilitación.

Han transcurrido siete años desde que **MEDICINA CONDUCTUAL: Teoría y Práctica** (Reynoso & Becerra, 2014) fue presentado en el marco del Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta en Zapopan, Jalisco, en las instalaciones del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Dicho libro tuvo muy buena acogida, lo que nos planteó un enorme reto el presentar la segunda parte, que complementa la anterior para ofrecer un panorama más amplio del trabajo del experto en MC.

Estas dos obras resaltan la importancia del trabajo del psicólogo en el área de la salud, particularmente en personas con enfermedad crónica, empleando un modelo de atención multidisciplinaria y ofreciendo distintas estrategias de evaluación e intervención para su uso más allá del contexto hospitalario. El maestro en Psicología con área de especialidad en MC no trabaja solo presentando aspectos educativos a enfermos y sus familiares, ni se dedica exclusivamente a intervenir en alteraciones del estado de ánimo, sino que traslada su conocimiento científico y competencias al trabajo en distintos escenarios. Si bien dispone de un arsenal diagnóstico y terapéutico, la evaluación y análisis funcional de la conducta de cada paciente le permitirán diseñar la intervención

individualizada, aún trabajando en escenarios remotos y con el uso de las tecnologías.

Estamos seguros de que la obra que ahora inicia será de su interés.

Referencias

- Alschuler, K., Hoodin, F., & Byrd, M. (2008). The need for integrating behavioral care in a college health center. *Health Psychology, 27*(3), 388-393. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.388>
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. España: Ediciones Pirámide.
- Auxier, A., Runyan, C., Mullin, D., Mendenhall, T., Young, J., & Kessler, R. (2012). Behavioral health referrals and treatment initiation rates in integrated primary care: A Collaborative Care Research Network study. *Translational Behavioral Medicine, 2*(3), 337-344. <https://doi.org/10.1007/s13142-012-0141-8>
- Diefenbach, M.A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless, 5*(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Emory University School of Medicine. (2018). *Behavioral Medicine Program*. Recuperado de <https://med.emory.edu/departments/family-preventive/divisions-programs/family-medicine/residency/behavioral-medicine.html>

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286),129-136. <https://doi.org/10.3109/13561828909043606>
- Grau, J.A. (2016). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2830/283048876007/>
- Harvard University Health Services. (2021). *Behavioral Health*. Recuperado de <https://huhs.harvard.edu/services/behavioral-health>
- Helman, C.G. (1981). Disease versus illness in general practice. *Journal of The Royal College of General Practitioners*, 21(230), 548-552.
- Institute Academic Medicine. (2021). *Psychiatry and Behavioral Medicine Residency*. Recuperado de <https://www.camcmmedicine.edu/academic-departments/departments-psychiatry-and-behavioral-medicine/psychiatry-and-behavioral>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadística de mortalidad*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Mortalidad general*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp>
- Lakhan, S.E. (2006). *The biopsychosocial model of health and illness*. Recuperado de http://www.medschool.lsuhs.edu/medical_education/undergraduate/spm/SPM_100/documents/BiopsychosocialModel.pdf
- Larsen, P. (2009). Chronicity. In P.D. Larsen, & I.M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (pp. 3-24). USA: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Lifespan Health System. (2020). *Center for Behavioral and Preventive Medicine*. Recuperado de <https://www.lifespan.org/centers-services/center-behavioral-and-preventive-medicine/training-program/center-behavioral-and-O>
- Organización Mundial de la Salud. (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.
- Reynoso, L., & Becerra, A.L. (Coords.). (2014). *Medicina conductual: teoría y práctica*. Hermosillo: Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud*. España: Editorial Síntesis.
- Schwartz, G.E., & Weiss, S.M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of

- goals. *Journal of Behavioral Medicine*. 1, 3-12. <https://doi.org/10.1007/BF00846582>
- Secretaría de Salud. (2021a). Ley General de Salud. Última reforma publicada. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 19-02-2021. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf
- Secretaría de Salud. (2021b). *Normas Oficiales Mexicanas*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>
- Society of Behavioral Medicine. (2021). *What is Behavioral Medicine?* Recuperado de <https://www.sbm.org/about/behavioral-medicine>
- Stanford Health Care. (2020). *Psychiatry and Behavioral Sciences*. Recuperado de <https://stanfordhealthcare.org/medical-clinics/psychiatry-behavioral-sciences.html>
- Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Universidad Autónoma Metropolitana. (s.f.). *Licenciatura en Medicina. Plan de Estudios*. Recuperado de https://www.uam.mx/licenciaturas/pdfs/79_5_Licenciatura_en_Medicina_XOC.pdf
- Universidad de Anáhuac. (2020). *Licenciatura en Médico Cirujano*. Recuperado de <https://www.anahuac.mx/medico-cirujano>
- Universidad La Salle. (s.f.). *Licenciatura en Médico Cirujano*. Recuperado de <https://lasalle.mx/oferta-educativa/facultades/facultad-mexicana-de-medicina/licenciatura-en-medico-cirujano/>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (s.f.). *Médico Cirujano. Plan de estudios (Sistema escolarizado)*. Recuperado de <http://oferta.unam.mx/planestudios/medicina-fmedicina-planestudio13.pdf> https://www.iztacala.unam.mx/uae/uae_planest_mc.php
- Universidad Veracruzana. (2021). *Facultad de Medicina-Xalapa. Retícula y Plan de Estudios*. Recuperado de <https://www.uv.mx/medicina/reticula-y-plan-de-estudios/>

Capítulo 1

Entrevista conductual en el ámbito hospitalario

Ma. Cristina Bravo González y Roberto Miguel Corona

En escenarios aplicados como la psicología clínica y de la salud, la entrevista es quizá la principal herramienta para la recolección de información, y aunque existen diversos tipos de entrevista, cada una con propósitos diversos, todas implican lograr reunir información relevante y suficiente en poco tiempo, a través de la creación y mantenimiento de componentes de relación apropiados que favorezcan la comunicación. En este capítulo se describe la entrevista conductual, sus características, fases, tipos de entrevista en contextos hospitalarios y peculiaridades en su implementación en situaciones específicas dentro de este escenario.

Definición

En psicología, la entrevista es una forma de obtener información de manera directa a través de la conversación que se establece entre dos personas al menos, una es el psicólogo y la otra es el consultante, que para fines de este capítulo se denominará también paciente. En

el marco de la práctica clínica, particularmente en escenarios hospitalarios, la entrevista es un instrumento de evaluación a través de la conversación en la que se obtiene información, esta conversación se realiza con una intención o propósito y las preguntas se realizan en función de la problemática de interés, por tanto, siguiendo a Perpiñá (2012), es un proceso de interacción planificada.

Se considera una técnica de evaluación mixta, ya que, por un lado, el entrevistador obtiene información de forma indirecta a partir del reporte verbal que hace el paciente sobre un conjunto de eventos, conductas y personas relacionadas y, por tanto, el psicólogo no los puede observar de forma directa; por otro lado, recaba información directa de la conducta que está presentando el paciente en el momento en que se desarrolla la entrevista. Según Márquez (2013), “la entrevista es un instrumento de evaluación que precede a cualquier modalidad de intervención o proceso de toma de decisiones, adopta un formato interactivo” (p.168)

entre un entrevistador y un entrevistado, además está presente en los diversos momentos en que se desarrolla la atención psicológica.

A partir de la entrevista, el psicólogo, en el contexto clínico y hospitalario, aprende acerca de las dificultades y problemáticas del paciente, además, durante los primeros intercambios se establecen las bases para la relación terapéutica (Segal, June, & Pifer, 2019); en esta herramienta se fundamenta toda actividad para incidir en la modificación de conductas disfuncionales o poco adaptativas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad y su tratamiento, por lo tanto, las entrevistas se realizan con propósitos muy específicos (Behel & Rybarczyk, 2019; Cruzado, 2014), por ejemplo, luego de la comunicación del diagnóstico de cáncer de mama a una mujer de 32 años, quien llora y expresa que su vida se ha terminado; debido a la observación de agotamiento de una mujer de 60 años con hipertensión que, a su vez, es cuidadora informal de su madre de 83 con enfermedad de Alzheimer desde hace 20 años; un chico de 10 años en tratamiento con quimioterapia con temor a las inyecciones; un hombre de 45 años que no acepta la cirugía para drenar el líquido de su pulmón y solicita el alta voluntaria. En cada caso, la circunstancia de cada persona es particular, así como el momento de la condición médica por la que atraviesa, por lo que se requiere una herramienta que permita obtener información precisa y suficiente, considerando sus condiciones particulares.

De acuerdo con Villareal (2008), “la entrevista conductual es fundamentalmente una situación de comunicación” (p.21), que se distingue de otras por su énfasis en la recolección de información sobre el comportamiento, generalmente poco adaptativo de una persona, así como de las variables y condiciones que pueden estar relacionadas con su aparición y mantenimiento; por lo tanto, se entiende como entrevista conductual a aquella que tiene como punto de interés central la conducta de una o varias personas y la función de dicha conducta.

De esto se desprende, como señalan Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), que la entrevista conductual es una estrategia de evaluación a través de la cual es posible tanto identificar las conductas objetivo como seleccionar métodos de evaluación complementarios; en esta se busca la conceptualización del problema, la formulación de hipótesis, la selección y la definición de metas terapéuticas, la evaluación del progreso y seguimiento, con lo que se favorece la evaluación ideográfica (Fernández-Ballesteros, 2013a). Por ello, la entrevista conductual juega un papel fundamental a lo largo de todo el proceso de evaluación, es un proceso dinámico que se realiza de forma continua en todas las etapas del proceso de evaluación y atención (Vázquez, Hernangómez, Hervás, & Nieto-Moreno, 2006).

Objetivos o funciones

Uno de los principales objetivos de las entrevistas en el ámbito hospitalario es la identificación de conductas problema, sin embargo, debido a la amplitud de condiciones por las que puede ser necesario realizar una entrevista conductual, los objetivos o funciones pueden ser diversos.

Las entrevistas en el contexto hospitalario pueden realizarse, en general, a tres tipos de poblaciones: (a) personas con problemas clínicos, pero que no padecen ninguna enfermedad; (b) personas que padecen una enfermedad o condición de salud que requiere la atención médica y que, al mismo tiempo, presentan problemas emocionales y de conducta; y, (c) personas que se encargan del cuidado de un enfermo, quienes tienen necesidades de apoyo psicológico debido a esta tarea de cuidado.

La entrevista conductual permite obtener información sobre diversas áreas, fundamenta el análisis funcional, facilita la explicación sobre el proceso de intervención en términos conductuales y permite motivar al individuo para la solución del problema. Derivado de lo anterior, se puede decir entonces que la entrevista tiene, al menos, tres funciones:

- a. **Evaluación y diagnóstico.** Se dirige a obtener información específica que permita identificar conductas problema, evaluar sus características y establecer un diagnóstico, lo cual implica valorar el funcionamiento de la persona y decidir si es

necesaria una intervención. De acuerdo con Díaz et al. (2012), además de identificar conductas problema, a través de la entrevista conductual se puede recabar información respecto a la generalización del problema a otras áreas de la vida de la persona; aunque para el análisis conductual, en sentido estricto, no es necesario invertir tiempo valioso en establecer un diagnóstico de acuerdo con criterios nosológicos (Baile, 2014; Robinson & Reiter, 2016), para la institución hospitalaria es requerido, por lo que es necesario desarrollar habilidades para, al menos, tener una impresión diagnóstica.

- b. **Motivadora.** En general, se trata de animar al paciente a que asuma su problema, a que inicie el proceso de cambio y vea la necesidad de mantenerlo, son muy útiles ante problemáticas relacionadas con la adherencia terapéutica. Este tipo de entrevistas, retomando a López y Costa (2012), se encuentra orientada a pasar de la evitación al afrontamiento, busca establecer un compromiso con la acción y el proceso de cambio, a través de la promoción y fortalecimiento de la responsabilidad, facilita las propuestas de cambio, fortalece la autoeficacia y el control percibido, etc. Robinson y Reiter (2016) señalan que este tipo de entrevista puede ser muy poderosa para aquellos pacientes que se encuentran ambivalentes respecto a hacer cambios en su conducta.

c. *Terapéutica*. Pretende establecer metas terapéuticas y pasos para conseguirlas, con el fin de inducir un cambio que ayude a la persona a mejorar su calidad de vida relacionada con su enfermedad. Implica el establecimiento de metas a mediano y largo plazo. Villarreal (2008) menciona que mientras mejor sea la definición de un problema comportamental, así como de los objetivos y metas, la probabilidad de éxito del tratamiento será mayor.

Estas funciones no implican independencia o exclusión, por el contrario, en muchas ocasiones pueden presentarse las tres funciones en una misma sesión.

Conducir una entrevista conductual en un escenario de la salud requiere diversas habilidades que, si bien pueden aprenderse y mejorarse en cursos y con la revisión de textos especializados, no hay otra forma de aprender a hacerlo que entrevistando.

Habilidades básicas del entrevistador

Como se ha mencionado hasta el momento, la entrevista constituye un tipo particular de interacción entre psicólogos y pacientes, que se caracteriza por el constante intercambio de información en términos bidireccionales; esto quiere decir que el lenguaje del entrevistador condiciona el comportamiento del entrevistado y la información proporcionada; si bien, es cierto que ambas partes modifican la interacción, también es cierto que es labor del psi-

cólogo profesional dirigir de manera fructífera la entrevista y toda intervención (Vargas de la Cruz, Pardo, Martínez, & Froján, 2017), o como bien menciona Perpiñá (2012), la entrevista implica comunicación, y esta implica interacción y relación entre los comunicantes.

La entrevista en el campo de la psicología, y en muchas otras disciplinas, conforma uno de los principales contextos de comunicación entre dos o más personas; a tal grado que, en años recientes, se ha propuesto el estudio sistemático de la interacción que se establece entre los psicólogos y los usuarios, poniendo especial énfasis en la conducta verbal que caracteriza estos contextos (Froján-Parga, Ruiz-Sancho, & Calero-Elvira, 2014; Galván-Domínguez, Vega, & Froján-Parga, 2020; Ruiz-Sancho, Froján-Parga, & Calero-Elvira, 2013; Vargas-de la Cruz, Martínez, & Froján-Parga, 2018; Vargas-de la Cruz, Pardo-Cebrián, Martínez-Sánchez, & Froján-Parga, 2018). En este mismo tenor, uno de los elementos clave dentro de la entrevista conductual es la correcta transmisión del mensaje para propiciar las respuestas adecuadas en correspondencia, ya que la intervención que realiza cada una de las partes tiene un efecto inmediato sobre la información recopilada y en la interacción sucesiva.

En todo ejercicio de entrevista y evaluación, la conducta emitida implica un mensaje para quienes participan, basados en dos grandes canales de comunicación constituidos por el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal; con-

formando así, las habilidades básicas para la entrevista (Morrison, 2015).

Hay que poner especial énfasis en lo que se pregunta, ya que el lenguaje verbal (habla) es la herramienta principal que permite recopilar datos, opiniones, describir situaciones y antecedentes de relevancia en distintas secuencias temporales. El punto inicial de una correcta entrevista implica una adecuada construcción de las frases, tanto en semántica como en sintaxis, por lo que habrá que considerar los siguientes elementos en la construcción de las oraciones (Perpiñá, 2012):

- a. *Lenguaje*: cotidiano y no técnico.
- b. *Simples*: incluir solo una idea principal.
- c. *Positivas*: enfocada en afirmaciones resolutivas.
- d. *Activas*: especificar al sujeto de la oración.
- e. *Específicas*: información puntual.
- f. *Inequívocas*: solo hay una interpretación posible.

En segundo lugar, habrá que considerar el uso de las preguntas; estas confieren direccionalidad al proceso de entrevista, ya que mediante el uso correcto de las preguntas se centra el foco de atención en temas específicos (Llavona, 2008). Los modos concretos en lo que se pretende recopilar la información, están basados en el grado de estructuración de las preguntas, teniendo así la clasificación más amplia que contempla las preguntas abiertas y preguntas cerradas. Las primeras, se relacionan con la formulación genérica y ampliada de

la información, permitiendo que el entrevistado exprese ideas o datos conforme al ritmo y estructura que prefiera, esto quiere decir que se recopilará información poco precisa, pero de utilidad para explorar un tema inicial o ampliar un tema ya abordado; de igual manera, promueven la participación de ambas partes. Por otro lado, las preguntas cerradas acotan la gama de respuestas, que en muchos casos se limita a datos específicos, por lo tanto, son de utilidad para sintetizar, precisar o concretar información, centrar el foco de atención y dirigir el curso de la entrevista (Márquez, 2013).

En complemento con el lenguaje verbal, gran parte del mensaje emitido se expresa mediante el lenguaje no verbal y se estima que puede llegar a constituir el 65% de la información proporcionada. En los escenarios cotidianos de conversación, en muchas ocasiones, los elementos no verbales se producen de forma involuntaria, sin embargo, en el contexto de la entrevista conductual, forman parte de las habilidades básicas por parte de quien entrevista y, por lo tanto, están sujetas a modificación y entrenamiento. Este tipo de lenguaje puede clasificarse en tres grandes rubros (Cormier & Cormier, 2000):

- a. *Quinésica*: contempla movimientos corporales; por ejemplo, gestos, expresiones faciales, contacto visual, movimiento con las extremidades, etc.
- b. *Paralingüística*: contempla el tono de voz, la velocidad, el volumen, las pausas, la dicción y la pronunciación.

- c. *Proxémica*: contempla el uso del espacio personal, la distancia entre los participantes y la disposición del espacio físico.

Sin embargo, hay que resaltar que, dentro del proceso de entrevista en sus diferentes modalidades, existen componentes del lenguaje no verbal que habrá que tener en especial consideración. El principal de estos componentes es la expresión facial, ya que el rostro es una de las principales fuentes de expresión en las que se pueden emitir mensajes sin pronunciar una sola palabra; basta un gesto serio, una sonrisa discreta o una mirada suave para denotar comprensión a nuestros pacientes. El contacto visual constituye otro pilar fundamental en este tipo de lenguaje, ya que un contacto visual constante invita al paciente a continuar hablando sobre el tema; por el contrario, la falta de contacto visual puede interrumpir el discurso de quien habla, ya que demuestra falta de interés; o en el otro extremo, la mirada fija, penetrante e incisiva puede parecer retadora o intimidante para quien la recibe y, por lo tanto, dificultar la entrevista (Morrison, 2015; Perpiñá, 2012).

Cuando un psicólogo se incorpora por primera vez a contextos novedosos de entrevista (como lo es el hospitalario), es probable que su postura corporal sufra cambios inesperados sin que se percate de ello, por ejemplo, sujetar o abrazar su cuaderno de notas, tener las manos en los bolsillos de la bata, mirar constantemente al piso, mover brazos o

piernas de manera repetida y estereotipada, entre otros. Todo lo anterior podría emitir un mensaje erróneo para quien los observa, por lo tanto, como parte del entrenamiento de estas habilidades es esencial la autoobservación del entrevistador para identificar y desarrollar posturas y gestos que demuestren confianza, preparación, seguridad y dominio de la disciplina (Gupta, Harris, & Naina, 2015). Es altamente probable que estos componentes se encuentren en función de los espacios y contextos propios de un hospital, por lo tanto, más allá de formalizar un listado de gestos y posturas, es menester invitar al entrevistador a identificar sus propios comportamientos dentro del escenario en el que se desarrolla.

Finalmente, el lenguaje verbal y no verbal en su conjunto debieran confluir de tal modo que ambos expresen el mismo mensaje o parecerán contradictorios entre ellos. Ambos componentes pueden apoyarse de las siguientes estrategias para desarrollar una adecuada entrevista (Fernández-Lira & Rodríguez-Vega, 2006):

1. Habilidades de escucha

- a. Actitud general de escucha y silencio: concentrarse en la información proporcionada por el paciente y generar un esfuerzo en su comprensión, evitando distraerse con temas ajenos a la entrevista.
- b. Postura física: demostrar interés con una ligera inclinación hacia delante, acompañada de una postura relajada.

- c. Suspensión del juicio: evitar los juicios morales por parte del entrevistador.

2. *Facilitadores del discurso*

- a. Intervención mínima: alientan a que la persona siga hablando, pueden ser expresiones cortas como “entiendo”, “ya veo”, “claro”; hay que utilizarlos con medida para no parecer poco interesado o aburrido.
- b. Parafrasear: repetición de una idea principal expresada por el paciente.
- c. Recapitulación o resumen: realizar una síntesis de lo que ha comunicado previamente el paciente.
- d. Clarificar: solicitar al paciente que aclare algún punto, concepto o tema que pueden ser poco claros para el entrevistador y que permita precisar la visión particular de quien habla.
- e. Silencio: en ocasiones, es necesario permitir espacios o pausas para que el paciente configure la idea a expresar.
- f. Refuerzos: pueden ser verbalizaciones como “muy bien”, o asentimientos guturales como ¡uhum!

Fases generales

Entrevistar a una persona que presenta una enfermedad crónico degenerativa impone al psicólogo considerar diversos aspectos, entre los que se encuentran: características particulares de la enfermedad, evolución de la misma y momento concreto en que se entrevista, implicaciones en las diferentes esferas de

la vida del paciente y sus familiares, cuidados y atención especial, recursos y habilidades del paciente, su cuidador y familiares para afrontar situaciones relacionadas con la enfermedad, por citar los más relevantes.

Por ello, las fases o etapas que habitualmente se señalan como necesarias para realizar una entrevista, en el escenario hospitalario, requieren de la incorporación de tareas adicionales (como la fase de preparación), así como de habilidades muy particulares, ya que el tiempo disponible para la evaluación psicológica de una persona hospitalizada es poco, pese a que pueda sonar contradictorio, ya que la persona está aparentemente disponible para ello, se recomienda que la entrevista sea de 30 minutos (Robinson & Reiter, 2016), pues tomar más tiempo es poco práctico y cansado para una persona que se encuentra hospitalizada. Este tiempo va a depender de las condiciones médicas en las que se encuentre la persona, por lo que el psicólogo debe ajustar el formato y extensión de la entrevista de acuerdo con ellas (Segal et al., 2019).

Pese a estos matices, las entrevistas psicológicas, en general y en el contexto hospitalario, constan de cuatro fases generales:

1. *Preparación*: en el hospital inicia con la revisión del expediente médico, ya que a partir de este es posible identificar, entre otros, datos demográficos generales, estado físico más reciente, tratamiento y motivo de hospitalización; si se requiere, es posible comentar parte de la informa-

ción con el médico tratante antes del primer contacto con el paciente. Esta preparación permite realizar una entrevista más fluida, ya que muchos datos se han de verificar y contrastar con la información previa, por lo que se puede ganar tiempo considerable (Morrison, 2015). Cuando se trata de entrevistas subsecuentes, la preparación incluye, además, la revisión de las notas de evolución psicológica de sesiones previas, con la finalidad de tener presente las tareas asignadas, así como objetivos y metas a tratar.

- 2. **Apertura:** se realiza en los primeros momentos con el paciente, particularmente en una entrevista inicial, Morrison (2015) señala como deseables las siguientes tareas: presentarse señalando el estatus

(estudiante, residente, adscrito) y el propósito de la entrevista, indicar el tipo de entrevista a realizar (tiempo aproximado, temas generales a abordar), aclarar el tipo y uso de la información que se espera del entrevistado, generar un ambiente cómodo y cálido (conocido como establecimiento de rapport, aunque este va más allá de comentarios intrascendentes, es un elemento que debe establecerse y mantenerse a lo largo de todas las entrevistas) para que el entrevistado proporcione la información, señalar que se realizarán notas breves de lo que se comente y solicitar la autorización de la persona para ello. Un ejemplo de esta fase puede observarse en la tabla 1. Estos contenidos de apertura –con excepción del rapport,

Tabla 1
Ejemplo de una apertura en la primera sesión

Terapeuta: Buenos días, Sra. Leonor. Soy Catalina Báez, psicóloga residente del servicio de Medicina Interna de este hospital. La jefa de enfermeras me comentó que usted ha tenido dificultades para dormir durante varios días seguidos. Quisiera hablar con usted unos minutos para saber qué podría provocarlo y de qué manera le puedo ayudar para que eso cambie, ¿le parece bien?
Paciente: Sí, qué bueno que vino.
Terapeuta: Muy bien, ¿se encuentra usted cómoda en esa posición?, me voy a acercar para que me escuche bien, también me gustaría tomar algunas notas, ¿está de acuerdo?
Paciente: Estoy bien así –sentada con el respaldo de su cama en 90º–, ¿las notas para qué son?
Terapeuta: Me ayudarán a recordar información importante que comentemos y a planear estrategias para ayudarla, ¿está bien?
Paciente: Sí, no hay problema.

entendido como las habilidades del terapeuta para mantener un ambiente cálido y de confianza (Orozco & Salazar, 2019)– solo se presentan en la primera entrevista, mientras que, en las posteriores, la apertura se realiza retomando aspectos de la sesión previa, a través de la revisión de tareas, acontecimientos importantes a retomar, entre otros.

3. **Desarrollo o cuerpo:** en esta fase se busca precisar la demanda o motivo de consulta y reunir la mayor cantidad de información, es decir, especificar el comportamiento objeto de evaluación (Fernández-Ballesteros, 2013a), a partir de la cual se analizarán las relaciones funcionales de los eventos y comportamientos involucrados en el problema (Kanfer & Saslow, 1965; López & Costa, 2012), por tanto, se considera una fase esencial para la elaboración del análisis funcional. De acuerdo con Orozco y Salazar (2019), esta fase exige al entrevistador diversas técnicas, estrategias y actitudes que le permitan responder a la amplitud de situaciones que pueden ocurrir durante esta etapa, por ello, en todo momento debe tenerse presente el objetivo de la entrevista y verificar si la dirección de esta ayuda a que se cumpla o no.
4. **Cierre o terminación:** en el contexto hospitalario, el tiempo disponible para la realización de las entrevistas, regularmente, es menor a una hora, por lo que es ne-

cesario administrarlo de manera que el cierre no sea abrupto y se disponga de tiempo necesario para resumir la información más relevante, planear junto con el entrevistado aspectos para el futuro próximo, explicar y asignar tareas que se consideren relevantes y establecer acuerdos para una próxima sesión, como señala Morrison (2015), el cierre ayuda al paciente y al terapeuta a prepararse para las sesiones por venir. De ser posible, Díaz et al., (2012) recomiendan que al final de la entrevista se presente una conceptualización inicial del problema y se expliquen las estrategias de intervención. Muchas personas, en el momento del cierre, comentan situaciones que pueden requerir profundizar en el tema, por lo que se puede proponer que sea el tema inicial para la siguiente sesión, sobre todo en casos que se atienden en la consulta externa; sin embargo, si el tema es imprescindible para el tratamiento médico o estancia en el hospital, habrá que posponer el cierre y dedicar tiempo adicional a la exploración del tema y, de ser necesario, generar alguna intervención breve.

Como se mencionó previamente, estas fases son genéricas y deben ajustarse de acuerdo con el propósito de la entrevista que se realice, además, cambian si se trata de una entrevista de primera vez o subsecuente.

Tipos de entrevista

La entrevista es fundamental dentro del proceso de atención psicológica, sin embargo, en el caso del contexto hospitalario, intervienen muchas variables que pueden volverla compleja y difícil de realizar (Cruzado, 2014), además, existen diversos tipos de entrevista con propósitos muy específicos; a continuación, se describen las características de las que se pueden utilizar en el ámbito hospitalario.

Como indican Segal et al. (2019), existen diversos escenarios donde puede realizarse una entrevista y, de acuerdo con las características de estos, se puede encontrar una amplia variedad de condiciones en las que se puede entrevistar a una persona, es decir, el escenario puede delimitar la profundidad y la extensión, los contenidos que se evaluarán y el nivel de cooperación que se puede esperar de la persona, por lo tanto, cada entrevista tiene diferente forma de conducirse debido a las circunstancias particulares del entrevistado.

También deben considerarse las características evolutivas propias de cada etapa del desarrollo, ya que a partir de estas deberán hacerse adecuaciones en la interacción que se establezca con cada persona (para una lectura más amplia sobre este particular, véase Castillejos-Zenteno & Serafín, 2019).

Rutina o screening

Al hablar de los tipos de entrevista, es importante considerar que las clasificaciones pueden variar dependiendo del modelo teórico que las

guía, la estructura, las funciones, el propósito y el objetivo (Morga, 2012). De primer momento, describiremos las entrevistas de *screening*, detección de necesidades o de primer contacto.

Para tener mayor claridad de este tipo de entrevistas, establezcamos un parangón con los procedimientos médicos de detección o diagnóstico oportuno (pruebas complementarias de screening). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), las pruebas diagnósticas constituyen uno de los principales objetivos para el control de las enfermedades no transmisibles; por ejemplo, la mastografía como medida de detección oportuna para el cáncer de mama. Ahora bien, en el campo de la psicología, las entrevistas de screening se caracterizan por ser semiestructuradas y de corta duración, con el objetivo de valorar o identificar posibles problemáticas o motivos de atención que pueden ser cubiertos por el servicio psicológico, sin una solicitud directa de los pacientes, familiares o personal de salud (Perpiñá, 2012).

Dentro del contexto hospitalario, las problemáticas psicológicas están supeditadas a la condición médica, y no es de extrañar que existan eventos o procedimientos médicos que sean de interés para poner en marcha este tipo de entrevista, por ejemplo, estancias hospitalarias prolongadas, intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos, notificación de diagnósticos, actualización del estado de salud de un paciente, fallecimiento de un familiar, etc. Por las características propias de es-

tos eventos es frecuente identificar respuestas psicológicas que son motivo de atención; de tal modo que las entrevistas de screening se convierten en una actividad de rutina y primer contacto, para posteriormente establecer la evaluación de la problemática psicológica (Elhadad, Ragab, & Atia, 2020; Kummer et al., 2019; López-Fuentetaja & Oriundo-Villaverde, 2019; Morrison et al., 2020; Nunes, García, & Alba, 2006).

También es probable que se identifiquen pacientes que no requieren atención psicológica en toda la extensión de la palabra; y es mediante este tipo de entrevistas que el psicólogo puede identificar, jerarquizar u organizar a la población que atiende, dando la oportunidad de optimizar el tiempo dentro del contexto hospitalario.

Evaluación inicial

Este tipo de entrevista se considera de detección o identificación de problemas, y puede requerir más de una sesión para completar la información, por lo que en sentido estricto incluye la entrevista de primera vez y algunas subsiguientes. Para fines expositivos, se presentan por separado las características de cada una.

Entrevista de primera vez

Como su nombre lo indica, se realiza en la primera ocasión que se tiene contacto formal con el paciente, sin embargo, la evaluación inicial puede requerir de varias sesiones; en general, tiene como objetivos identificar y definir

conductas problema (por lo que también se denominan entrevista de evaluación de problemas); formular o elaborar hipótesis acerca del diagnóstico (elaboración del análisis funcional); y no menos importante, establecer los cimientos de la relación con el paciente, con lo cual se facilita la exploración de la información requerida y la implicación del paciente.

En el ámbito hospitalario, las entrevistas de primera vez, además de centrarse en la detección y delimitación de conductas problema, requieren la exploración de contenidos adicionales, como el examen del estado mental (para una revisión sobre sus características y contenido, véase Morrison, 2015; Renn & John, 2019; Rodríguez-García & Rodríguez-Pupo, 2006a; 2006b), a partir del cual se describen las áreas de funcionamiento que, cuando se encuentran alteradas, pueden sugerir la presencia de daño neurológico y que la persona requiera otro tipo de intervención (Cormier & Cormier, 2000), por lo que es frecuente que en esta entrevista se exploren los elementos que lo componen.

A diferencia de las entrevistas psicológicas propias del área clínica, en el área de la salud, particularmente al entrevistar a una persona con una enfermedad, las áreas de indagación o contenidos a explorar pueden ser muy variados, y evidentemente estarán en función de la razón por la que se entrevista, además de la enfermedad o condición de salud del paciente. En la tabla 2, se enlistan las áreas que se exploran con mayor frecuencia –para el te-

rapeuta inexperto es necesario indicar que no se indagan a profundidad en una sesión y que nos ayudan a tener un panorama general del paciente y su enfermedad—. En la misma tabla 2, se presenta un listado de contenidos genéri-

cos que requieren transformarse en preguntas a realizar al paciente (o informante) y que en función de la respuesta pueden generar otras preguntas.

Tabla 2
Ejemplo de una apertura en la primera sesión

Áreas de indagación	Contenidos genéricos
Datos sociodemográficos	Edad, estado civil y religión* Nivel educativo* Estructura y relaciones familiares* Relaciones de pareja y convivencia Relaciones sociales Profesión* y condición laboral
Condición médica	Diagnóstico y condición médica actual Tiempo de hospitalización Tratamientos actuales Enfermedades y tratamientos previos Comorbilidades
Información médica	Nivel de información, comprensión y necesidades de información Posible omisión deliberada de la información (conspiración del silencio) Comunicación médico-paciente Comunicación entre los miembros de la familia
Problemas psicológicos asociados a la enfermedad	Incertidumbre, miedo al pronóstico o tratamiento Creencias y atribuciones sobre la enfermedad, causas y tratamientos Adaptación a la hospitalización, tratamiento, enfermedad Adherencia a los tratamientos Toma de decisión sobre tratamientos Ansiedad ante procedimientos médico invasivos Depresión
Problemas relativos a síntomas físicos	Pérdida de la función vocal Dolor Problemas respiratorios Amputaciones Problemas físicos que dañan movilidad y autonomía

	Función sexual Infertilidad Cambios en la imagen corporal
Vulnerabilidad psicológica y atención previa	Estilo de afrontamiento general y Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad Consultas psicológicas y psiquiátricas Tratamientos psicológicos o psiquiátricos
Estado mental ¹	Aspecto físico y comportamiento Nivel de conciencia Orientación Atención y concentración Memoria Pensamiento y lenguaje Percepción Estado de ánimo y afecto Juicio

Notas: *Implica información que posiblemente solo se indague una vez o que no requiere actualización constante; ¹Indica la exploración del estado mental, que generalmente se hace en la entrevista inicial, sin embargo, si hay cambios significativos se vuelve a elaborar.

Entrevista subsecuente

Hasta este punto, ya se tiene como primer elemento la aproximación a los pacientes y la recolección de los datos dentro de los diferentes tópicos de la entrevista inicial, sin embargo, una pregunta lógica es: ¿Qué hacer con toda esa información recopilada?, pero antes vale la pena hacer una aclaración: habrá que distinguir entre la recolección general de los datos que corresponde a la entrevista inicial y la configuración de la problemática psicológica, que compete a las entrevistas subsecuentes.

A toda entrevista de evaluación psicológica, le subyace la necesidad de conocimiento y comprensión de lo que refiere un paciente; con base en esto, se configuran las preguntas

pertinentes a lo largo de la entrevista. Sin embargo, dicho ejercicio parte de una base teórica que le confiere sentido a la información y análisis subsecuente, es decir, las preguntas elaboradas, el nivel de importancia que tiene cierta información, la dirección y la estructura. Al margen de que existan diferentes modelos que podrían guiar las entrevistas subsecuentes, en el presente capítulo daremos continuidad al argumento presentado por Bravo-González y Mora-Miranda (2014); sin embargo, diversos autores (Carrillo & Ordaz, 2019; Escamilla & Ordaz, 2020; Gómez, Becerra, Tron, & Hernández, 2018) ilustran el uso de esta herramienta basados en diferentes modelos teóricos en contextos hospitalarios.

A lo largo del desarrollo histórico y teórico, la entrevista conductual ha ido de la mano con el análisis funcional y ambos se han nutrido de diferentes autores, específicamente de los argumentos de Kanfer y Saslow (1965), en donde se establece que la entrevista, dentro del análisis conductual, conlleva un interés marcado por la adecuada evaluación y recopilación de la información, en la cual es necesario identificar las clases de respuesta de una problemática y las variables o factores que la controlan. Un procedimiento efectivo de diagnóstico es aquel en el que los métodos terapéuticos están directamente relacionados con la información obtenida a lo largo de una evaluación continua de la conducta actual del paciente y los estímulos que la controlan. Por lo tanto, los autores proponen centrar el foco de atención en:

- a. *Conducta problema*: categorizar las demandas del paciente en términos de excesos o déficits conductuales, considerando los parámetros de frecuencia, intensidad y duración, adecuados para cada situación descrita.
- b. *Clarificación de la situación problemática*: identificar las variables ambientales que mantienen la conducta problema y las consecuencias para el propio paciente y las personas que lo rodean.
- c. *Análisis motivacional*: establecer una jerarquía de personas, eventos y objetos particulares que puedan funcionar como reforzadores, dado que cada estímulo re-

forzante es ideográfico y atiende a la historia de aprendizaje particular.

- d. *Análisis del desarrollo*: considerar las variables biológicas, experiencias socioculturales e historia conductual.
- e. *Análisis del autocontrol*: métodos y procedimientos implementados por el propio paciente para controlar su conducta.
- f. *Relaciones sociales*: evaluar las redes sociales, personas relevantes y su función en las respuestas de interés.
- g. *Ambiente sociocultural*: normas sociales establecidas en su contexto de desarrollo, que en muchas ocasiones puede generar discrepancia entre la idiosincrasia del paciente y las reglas institucionales.

Estos elementos dieron paso al desarrollo y evolución de la unidad de análisis que hoy conocemos como modelo EORC (originalmente descrita como EORKC) (Kanfer & Phillips, 1977; Kanfer & Saslow, 1969). Esta ecuación comportamental pone en relieve la interacción entre las respuestas de interés (R), los antecedentes ambientales (E) y las consecuencias (C) que mantienen dichas respuestas; considerando la influencia de las variables biológicas (O) dentro del comportamiento humano. Ahora bien, esta ecuación del comportamiento funge como andamiaje o estructura general para organizar las entrevistas subsiguientes dentro del proceso de evaluación. A continuación, se presentan los elementos generales a considerar dentro de este tipo de

entrevistas (Bravo-González & Mora-Miranda, 2014; Fernández-Ballesteros, 1994; Fernández-Ballesteros, 2013a; Kanfer & Phillips, 1977; Kanfer & Saslow, 1965; Kanfer & Saslow, 1969):

a. *Identificar la problemática principal (R)*:

una de las tareas iniciales en las entrevistas subsecuentes es tener claridad en el motivo de atención psicológica y describir operativamente aquello que reporta el paciente. Este elemento constituye el eje rector de toda entrevista subsecuente, ya que el resto de la información recopilada debe guardar estricta relación con la problemática psicológica, con el propósito de comprender y analizar la probabilidad de ocurrencia. Por lo tanto, habrá que evaluar los patrones de respuesta en los tres niveles: motor, cognitivo y fisiológico, así como los parámetros de frecuencia, intensidad y duración en el momento actual. A modo de ejemplo, podríamos identificar a tres pacientes hospitalizados en la misma sala, cada paciente reporta sentirse deprimido por la condición médica; sin embargo, para el paciente uno, el estar deprimido se caracteriza por problemas para dormir e irritabilidad con su cuidador primario; para el paciente dos, la depresión se caracteriza por llanto constante e incremento en las horas de sueño; y, finalmente, para el paciente tres, se identifica la reducción del contacto social con cuidadores y visitas, así como reducción del apetito. En este ejemplo, pode-

mos identificar que a pesar de que cada paciente reporta sentirse deprimido, la descripción de las respuestas de interés, aportan claridad al análisis de la problemática.

b. *Evaluar los estímulos antecedentes (E)*: es decir, aquellos eventos situacionales, ya sea ambientales o intra-individuales, que están relacionados con la emisión de la conducta problema. En un sentido más amplio, habrá que diferenciar entre los estímulos ambientales externos al paciente, que pueden identificarse bajo las preguntas: ¿Quién?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿A qué hora?, ¿Bajo qué temas?, entre otras, y aquellos que corresponden propiamente al paciente, por ejemplo, pensamientos y reacciones fisiológicas. De tal modo, que sea posible responder a la pregunta: ¿Qué eventos o situaciones provocan las respuestas de interés? Por ejemplo, aquel paciente que siente náuseas y vómito al ver una bebida del mismo color que el medicamento que se le administra, en donde el color de la bebida es el estímulo que da paso a la respuesta de vómito. Por otro lado, el paciente pediátrico que incrementa las respuestas de llanto ante la presencia de un cuidador en específico, siendo el cuidador el estímulo que propicia la respuesta. Finalmente, aquellos pacientes que incrementan su tasa cardíaca y sudoración ante ciertos pensamientos o imágenes previo a una cirugía.

c. *Evaluar las consecuencias que mantienen la conducta problema (C)*: dentro del modelo se establece que toda respuesta está asociada funcionalmente con las consecuencias medioambientales, es decir, ¿qué acontecimientos son los que probablemente mantienen estas repuestas? Para ello, habrá que identificar lo que hacen, piensan o sienten, tanto el paciente como las personas relevantes de manera inmediata o mediata a la emisión de las repuestas.

d. *Explorar las variables del organismo (O)*: aquellas que pueden mediar la interacción entre los elementos previos. Estas son variables propias del individuo y pocas veces son susceptibles de modificación por la interacción de los factores que constituyen la problemática psicológica, tales como:

- Variables biológicas: edad, sexo, condición de salud, diagnóstico médico, tratamiento médico, retraso en el desarrollo, etc. Por ejemplo, cambios en el estado de ánimo, pérdida del apetito y sensación de cansancio, a raíz de un tratamiento de quimioterapia.
- Antecedentes culturales: contempla los sistemas de valores, creencias o patrones de comportamiento que son distintivos del contexto social en el que se desenvuelve el paciente. Por ejemplo, rechazar la transfusión sanguínea con

base en una creencia religiosa; o rechazar un procedimiento quirúrgico (mastectomía u orquiectomía) por la atribución social del concepto de género.

- Repertorio conductual: habilidades, competencias o conocimiento, adquiridos a lo largo de la historia del individuo y que puede estar directamente relacionado con las repuestas actuales. El uso de habilidades de respiración entrenadas previamente por un paciente en actividades deportivas enfocadas a la reducción de la ansiedad durante la estancia hospitalaria sería un ejemplo de esto.
- Historia de reforzamiento: identificación de los estímulos (antecedentes o consecuentes) independientes de la situación problemática actual, que pudieran alterar la probabilidad de ocurrencia de la conducta. Un ejemplo puede ser el uso de actividades recreativas (e. g., lectura, dibujo, costura) como reforzador ante la negativa del paciente por ingerir la comida del hospital.

e. *Evaluar las situaciones históricas*: aquellas situaciones que puedan estar relacionadas con la problemática actual; esto quiere decir que será relevante identificar la serie de eventos que dieron origen a la problemática actual (historia contemporánea); así como eventos pasados que guarden relación con el motivo de aten-

ción y permitan comprender los patrones de respuesta actuales (e. g., hospitalizaciones previas, aprendizaje como cuidador primario, interacción con familiares con un diagnóstico similar).

De este modo, se constituyen los elementos centrales para estructurar las entrevistas subsecuentes de evaluación, sin embargo, cabe recalcar que existe una amplia gama de modelos para identificar las variables de interés. Como ejemplo, podemos mencionar a la conceptualización cognitiva (Beck, 2000; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983) como una herramienta en la que se pondera la identificación de los pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias centrales; así como la descripción de los datos relevantes de la infancia y estrategias compensatorias como ejes rectores del comportamiento de una persona ante situaciones específicas. De modo similar, se encuentra el modelo ABC (Ellis & Grieger, 1990), que centra la atención en la relación que existe entre los acontecimientos activadores (A), las creencias irracionales (B) y las consecuencias mediadas (C) en términos cognitivos, emocionales y conductuales. Por otro lado, el modelo de solución de problemas, expresado mediante el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) que analiza la interacción constante de las variables distantes, variables antecedentes, variables orgánicas, variables de respuesta y consecuencias como parte de la formulación de un caso.

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

De acuerdo con Baile (2014), este tipo de entrevistas tienen objetivos, áreas a explorar y preguntas determinadas previamente, lo cual busca maximizar la eficacia en el proceso de obtención de información, por lo que pueden estar diseñadas para hacer una exploración general o bien para explorar situaciones concretas, en el caso de las estructuradas; las semiestructuradas tienen objetivos similares, con la diferencia de ser flexibles en la inclusión de preguntas no consideradas propiamente en el formato.

Existen numerosos formatos para estos tipos de entrevista, los cuales tienen propósitos diversos, como ser una guía para entrevistas de screening o de primera vez, donde se pretende recabar la historia clínica, otras tienen como objetivo contribuir en la valoración del estado psicológico de una persona, un ejemplo de esto es la entrevista que se desarrolló para el servicio de hematología del Hospital Juárez de México, con el objetivo de valorar a las personas candidatas a un trasplante de médula ósea, e incluye información sociodemográfica, factores sustantivos como comprensión de la enfermedad, tratamiento y trasplante, factores implicados como motivación para el trasplante, aceptación voluntaria del trasplante y adquisición del órgano, aspectos familiares, historia sexual, o psiquiátrica, estilos de enfrentamiento ante el procedimiento, autocontrol, adaptación, examen mental e impresión y actitud general (Hernández & Sánchez, 2019).

Devolución de información

La devolución de la información es uno de los elementos finales del proceso de evaluación, que puede llevarse a cabo de diferentes formas, ya sea oral o escrito; sin embargo, nos centraremos en la forma oral que corresponde al ejercicio de entrevista. En el contexto hospitalario, constituye el puente con la etapa de intervención, destacándose por su labor educativa, con el fin de propiciar el papel activo del paciente y percepción de control de la situación (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Esta etapa se caracteriza por la retroalimentación y devolución del análisis realizado por el psicólogo experto, basados en la información recopilada. El objetivo principal radica en explicar al paciente de manera clara y sencilla el análisis que se realiza de la problemática psicológica, así como las variables que la conforman y mantienen. En términos simples, lo que se pretende es que el paciente *conozca* y *comprenda* los elementos que constituyen la problemática psicológica, con la encomienda de adecuar el lenguaje a las características de quien recibe la información, realizar las aclaraciones necesarias y atender las dudas que puedan surgir, para que posteriormente sea capaz de realizar los cambios en su comportamiento a lo largo del proceso de intervención (Belloch & Carrió, 2012; González-Blanch et al., 2017; Redondo, Pérez, & Iruarizaga, 2003).

Sin embargo, no se limita a ser únicamente informativa, el siguiente elemento a considerar es la discusión y negociación de

objetivos, tanto generales como específicos. Para su formulación, se realiza de forma paralela y complementaria el análisis funcional y diseño del plan de intervención (Bravo & Ordaz, 2019), ya que, basados en estas tareas, se plantea un objetivo general acorde al motivo de atención y objetivos específicos que darán sentido a los procedimientos de intervención seleccionados; es decir, procedimientos específicos para lograr objetivos específicos (Becerra, Miguel, García, & Porras, 2019).

Como un ejercicio de colaboración con los pacientes se establecen metas basadas en los elementos previos, evaluando su viabilidad en las áreas médica, económica, familiar, social, interpersonal y todas aquellas involucradas a lo largo del proceso de intervención. Este ejercicio de colaboración ayudará al psicólogo a nivelar las expectativas de los pacientes, aportando un panorama claro del proceso de intervención, de las habilidades adquiridas y del alcance de las técnicas empleadas (Fernández-Ballesteros, 2013b; Llavona, 2008).

Como ya se señaló, esta etapa constituye el puente entre la fase de evaluación y de intervención, por lo tanto, habrá de proponer un plan de intervención general que ofrezca una solución eficaz para la problemática del paciente. Para ello, es pertinente señalar el carácter jerárquico y acumulativo de los procedimientos terapéuticos seleccionados (Goss & Moretti, 2011). Estos elementos pueden dar la impresión de que se alejan del proceso de entrevista y se aproximan más al de interven-

ción, sin embargo, no hay que olvidar que, a lo largo de toda esta etapa, el objetivo central es la retroalimentación y la discusión junto con el paciente respecto del análisis funcional, establecimiento de los objetivos y diseño del plan de intervención; por lo tanto, se continúa con la recolección de información para conseguir la corrección necesaria de todo el proceso de evaluación.

De intervención

Como su nombre lo indica, se refiere a aquellas entrevistas donde se implementan las estrategias de intervención para la modificación de conductas; entre otras tareas, se determina si el problema está mejorando, empeorando o permanece sin cambios, además de valorar la experiencia del paciente con el plan de tratamiento (Robinson & Reiter, 2016) y los ejercicios asignados (tareas), evaluar los resultados de los objetivos iniciales, intermedios o finales (acorde con la etapa de la intervención), para, de acuerdo con Cormier y Cormier (2000), determinar la pertinencia de continuar, modificar o reformular el plan de tratamiento.

Entrevista a informantes

En el contexto hospitalario, este tipo de entrevista es frecuente en el caso de requerir información adicional o verificar la que se ha recabado directamente con el paciente; se recomienda que la persona que se elija para ser entrevistada sea el cuidador primario o aquella persona que conviva más tiempo con el pa-

ciente, en muchos casos puede ser un recurso complementario (Bados & García, 2014) a la entrevista que se realiza con el paciente.

Este tipo de entrevistas es particularmente importante en el caso de niños y adolescentes, así como en adultos mayores con deterioro cognitivo (aunque es deseable que se realice con todos los pacientes posibles), ya que los familiares pueden tener información detallada de cambios comportamentales y ofrecer una mayor cantidad de información para comprender la problemática; en general, puede realizarse independientemente de las condiciones del paciente, ya que a partir de ella se puede tener un panorama más amplio de la problemática y de situaciones que el paciente pueda haber omitido; para un ejemplo, véase Drake y Ginsburg (2012), en su incorporación al tratamiento de dolores de cabeza y ansiedad en niños.

Para la mayoría de los casos, primero se deberá entrevistar al paciente (excepto en el caso de niños) y solicitar autorización para realizarla. Es importante entrevistar a los informantes sin la presencia del paciente para evitar que se reserve información, sin embargo, dependiendo del motivo de consulta puede ser importante realizar entrevistas conjuntas con la finalidad de observar la interacción (Ezpeleta, 2001) entre el paciente y su cuidador primario o familiar. En general, la información que es posible recabar al entrevistar a informantes puede: (a) confirmar lo indicado por el paciente, (b) contradecirlo, o (c) proporcionar

información novedosa; por lo que deberá decidirse cuidadosamente la estrategia a seguir en futuras entrevistas, tanto con el paciente como con el informante.

Al entrevistar a un cuidador primario o familiar de una persona hospitalizada, pueden surgir temas relacionados directa o indirectamente con su condición de salud, ya que el informante puede estar lidiando con situaciones problema de diversas naturalezas a partir de la condición de enfermedad –su propia incertidumbre sobre el futuro, cambios en la estructura familiar, dificultades en el cuidado del enfermo, preocupaciones financieras o de cuidado de otras personas, entre otros; o como refiere Cruzado (2014), pueden tener peor salud general, estados emocionales negativos, ya que están en riesgo de perder otras relaciones familiares, laborales, sociales y recreativas–, por lo que en muchos casos puede requerir atención psicológica por sí mismo, en ese caso, se recomienda que sea otro terapeuta el que se encargue de esta atención.

Entrevistas en crisis

Este tipo de entrevistas se realizan de manera constante en el ámbito hospitalario, generalmente, posterior a la comunicación de malas noticias, por lo que se conocen como intervenciones de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, donde se busca restablecer –en lo posible– las capacidades de la persona para afrontar la situación crítica (Slaikeu, 2000) e incluyen contenidos específicos relacionados con la circunstancia y respuestas particulares

de cada persona. De acuerdo con Sánchez (2019), la entrevista en crisis es un acto de ayuda a una persona que no puede afrontar una situación en un momento muy particular de su vida e implica el compromiso de “salvaguardar su integridad física y mental” (p.154).

Existen diversos modelos para realizar este tipo de intervenciones, los cuales pueden resumirse en tres tareas genéricas: (a) proveer apoyo y seguridad a la persona en crisis, (b) indagar el problema y sus posibles soluciones, y (c) hacer un seguimiento (para una lectura a profundidad, véase Fernández, 2005; Parada, 2009; Slaikeu, 2000). De acuerdo con Jansson y Nordgaard (2016), en situaciones de emergencia, la situación es aguda y la meta más importante de la entrevista es clarificar la condición psicológica en la que se encuentra la persona, centrándose en la información factual sobre el paciente y la situación, para determinar las necesidades que requieren atención inmediata.

En resumen, existen diversos tipos de entrevista, que pueden clasificarse por el momento en el que se utilizan, la estructura que tienen, o a quién están dirigidas; sin embargo, ello no significa que con una persona se emplee únicamente un tipo de entrevista, a lo largo de un proceso de atención psicológica probablemente el terapeuta utilizará varias o todas. En la figura 1, se esquematiza el tipo de entrevista y algunas características de acuerdo con la condición del entrevistado.

Figura 1
Diagrama de flujo de los diferentes tipos de entrevistas y sus características generales



Determinación de la necesidad de evaluación

En el hospital, como en otros escenarios de evaluación psicológica, el origen de esta puede ser variado en función de quién lo solicita, por lo que las entrevistas pueden tener puntos de partida distintos. A continuación, se describen brevemente algunas consideraciones para realizar entrevistas y determinar necesidades de evaluación en este escenario.

Paciente

Contrario a lo que pudiera pensarse, no es cotidiano que sea el propio paciente quien solicite la atención psicológica en los contextos hospitalarios, ya que tienden a minimizar las respuestas comportamentales o emocionales poco adaptativas; sin embargo, cuando se recibe la solicitud directa de un paciente, es necesario “establecer la naturaleza de la demanda y determinar los contenidos a los que se va a dirigir la evaluación” (Márquez, 2013, p.170).

Otros (personal o familiares)

De acuerdo con Segal et al. (2019), en los contextos médicos, con frecuencia las personas no solicitan directamente la atención psicológica; por el contrario, la mayoría de las ocasiones son referidos por el personal de salud que los atiende, que en algunos casos puede tener una idea muy clara sobre algunas problemáticas psicológicas del paciente y cómo interfieren con el tratamiento médico, sin embargo, pueden no ser muy claros al explicar a la persona la necesidad de tener atención

psicológica (McClintock, 2007). Derivado de esto, la razón para ser referido a atención psicológica puede o no ser clara para el paciente, por lo cual, cuando acuden es común escuchar que “el médico me manda”, pero no necesariamente tienen claridad sobre la razón, por lo que una de las tareas del psicólogo es explorar las posibles condiciones que motivan al personal médico a enviarlo a atención psicológica.

En algunas ocasiones, cuando el paciente se encuentra hospitalizado, este acepta la entrevista inicial cortésmente, sin tener mucha claridad sobre la labor del psicólogo en general y, debido a que estas personas presentan dificultades de salud, generalmente tienden a describir sus problemas en términos de dolencias o dificultades en el funcionamiento de alguna parte de su cuerpo, por lo que el psicólogo debe aclarar, desde los primeros minutos, su labor y el tipo de información que busca y, de preferencia, realizar una entrevista exploratoria o de screening. En otros casos, por ejemplo, los adolescentes pueden estar renuentes a hablar de sus problemas afectivos o comportamentales, por lo que puede requerirse de varias sesiones informales para establecer componentes de relación antes de pretender comenzar una entrevista de identificación de problemas como tal.

Cuando es el familiar o cuidador primario quien solicita la atención psicológica, es necesario identificar cuál es su objetivo y sus preocupaciones, además de indagar y ajustar sus expectativas, para, en caso de ser necesi-

rio, explicar cuál es la labor del psicólogo, sus atribuciones y límites. En estos casos, generalmente se realiza una entrevista de screening con el familiar y posteriormente con el paciente, con la finalidad de identificar posibles áreas de atención, así como establecer metas y objetivos de intervención. El entrevistador debe ser cauto con respecto a la confidencialidad de la información que obtiene de ambas partes (excepto en el caso de niños y adolescentes, o bien en circunstancias que pongan en riesgo la vida del paciente), con la finalidad de garantizar los términos de la relación terapéutica.

Psicólogo

Cuando el psicólogo se encuentra inserto en un servicio médico, ya sea en la consulta externa o en el área de hospitalización, es frecuente que a través de la observación directa identifique comportamientos en la persona enferma, en el cuidador primario o en los familiares, que requieran una evaluación psicológica; esta es una herramienta muy útil, ya que permite, como señala Anguera (2010), “estudiar las acciones y conductas perceptibles que tienen lugar de forma espontánea o habitual” (p.122), es decir, a través de la observación se estudia el comportamiento como ocurre en un determinado contexto o ambiente.

Inicialmente, puede emplearse una entrevista de screening o exploración, para confirmar o descartar la necesidad de una valoración más profunda e incluso determinar la pertinencia de iniciar una intervención psicológica. En otros casos, el psicólogo puede to-

mar la decisión de hacer una entrevista inicial o de rutina en aquellas situaciones donde puede aparecer una respuesta psicológica poco adaptativa, por ejemplo, luego de la comunicación de malas noticias (diagnóstico, progresión de la enfermedad, recaída, complicaciones o fallecimiento), cuando una persona será intervenida quirúrgicamente o le realizarán un procedimiento invasivo; en estos casos, el psicólogo toma la iniciativa para entrevistar a una persona, por lo que la presentación y la explicación sobre la razón para realizarla deben incluir algunos de los elementos que observó.

Ante este panorama, pueden requerirse diferentes tipos de entrevista en función de la persona que la solicita, la condición en la que se encuentre (e. g., si está presentando respuestas de crisis) y las necesidades de atención médica, por lo que los objetivos son diversos. En la tabla 3, a modo de resumen, se presentan los posibles tipos de entrevista a emplear de acuerdo con las necesidades de evaluación.

A modo de conclusión: retos en los escenarios hospitalarios

En el quehacer del psicólogo, que se dedica a la evaluación e intervención ante correlatos psicológicos de enfermedades o situaciones vinculadas con la pérdida de la salud, se encuentran diversas condiciones propias del contexto hospitalario y de la atención de la enfermedad, que pueden convertirse en verdaderos obstáculos para la atención psicológica, donde destacan:

Tabla 3
Tipos de entrevista y objetivos en función de la solicitud de evaluación psicológica y condición

Solicitante de evaluación	Condición	Acción por seguir/ Tipo de entrevista	Objetivos
Paciente	Problema agudo o en crisis	Atención inmediata/ Entrevista en crisis	Evaluación de la condición de crisis
	Problema no agudo	Atención que puede realizarse en consulta externa, o bien que puede esperar unas horas/ Entrevista Inicial	Identificar el motivo de consulta Explorar datos del examen mental Iniciar la recolección de información para elaborar el análisis funcional
	Problema agudo o en crisis	Atención inmediata/ Entrevista en crisis	Evaluación de la condición de crisis
	Problema no agudo	Clarificar expectativas y necesidad de atención psicológica, psicoeducar si es necesario/Entrevista de rutina	Determinar si la solicitud de atención corresponde al área psicológica Evaluar áreas generales que posiblemente requieran atención psicológica Establecer componentes de relación con el paciente
		Entrevista a informante	Identificar posibles áreas de atención psicológica Contrastar información proporcionada por el paciente
Psicólogo	Problema agudo o en crisis	Atención inmediata/ Entrevista en crisis	Evaluar la condición de crisis Favorecer la adaptación de la persona a la condición de crisis
	Problema no agudo	Presentarse con el paciente, explicar labor del psicólogo en el hospital/ Entrevista de rutina	Evaluar áreas generales que posiblemente requieran atención psicológica Establecer componentes de relación con el paciente Confirmar o descartar hipótesis sobre el comportamiento observado en el paciente

- Existencia de ideas preconcebidas sobre la labor del psicólogo: para una gran cantidad de personas en nuestro país, el psicólogo solo ayuda en casos de *locura*, por lo que aún se encuentran reticencias ante la entrevista y la atención psicológica.
- Rápida progresión de la evolución de la enfermedad: del prediagnóstico al diagnóstico y tratamiento en unas cuantas semanas. Esto implica evaluaciones rápidas y precisas, ya que las necesidades psicológicas probablemente tendrían variaciones o cambiarán rápidamente, por lo que en ocasiones solo se cuenta con una o dos sesiones para entrevistar e intervenir.
- Cambio abrupto en las condiciones de vida del paciente y de sus familiares, estresores continuos y variados, a los que es difícil adaptarse.
- Impedimentos derivados de la propia enfermedad o tratamiento, o bien por condiciones del paciente previas, que pueden ser físicas (requerir respiración mecánica, padecer cáncer en la región de cabeza y cuello que dificulte el habla, presentar delirios); culturales (ser hablante de lenguas indígenas); ser una persona sordomuda, entre otras.
- Políticas de salud de mantener en hospitalización el menor tiempo posible a una persona (sea por razones económicas, de cobertura a mayor cantidad de personas, o para evitar propagación de enfermedades infecciosas), que dificultan la adecuada valoración psicológica del paciente.
- Presencia de otros profesionales de la salud, lo cual puede ser un elemento que facilite o dificulte la labor del psicólogo, por lo que es necesario ser flexible y mantener la comunicación con el personal médico a cargo de cada paciente, para contar con su apoyo y evitar interrupciones (Segal et al., 2019); un tema especialmente delicado es emitir juicios sobre el trabajo o el tratamiento de médicos, enfermeras y trabajadores sociales, ya que puede tener un impacto muy negativo en la relación médico-paciente.
- Falta de un espacio privado para realizar las intervenciones: en la mayoría de los contextos hospitalarios existe poca disponibilidad de consultorios u oficinas para cada terapeuta, por lo que comúnmente las entrevistas se realizan al pie de la cama en hospitalización, en un pasillo, sala de espera, salas de urgencias y una diversidad de escenarios, lo cual, lejos de ser una desventaja, se considera que enriquece la labor del terapeuta, ya que, de acuerdo con Robinson y Reiter (2016), favorece que se conozca mejor la dinámica en la atención de la salud del paciente, además de que el personal, los familiares y los pacientes tienen una mejor percepción del trabajo del psicólogo. El entrevistador debe considerar las características ambientales donde se va a efectuar la sesión (Jansson & Nordgaard, 2016).

- Propia historia del terapeuta: que puede influir en juicios de valor y su disposición sobre el trabajo de los profesionales de la salud, toma de decisiones de un paciente o cuidadores, impacto emocional ante las problemáticas propias del contexto hospitalario.

Para el terapeuta inexperto puede parecer una tarea imposible realizar una entrevista en el ámbito hospitalario, sin embargo, en la tabla 4, se presentan algunas recomendaciones finales sobre qué hacer y qué no hacer en la entrevista, que pueden ser de utilidad.

Tabla 4
Qué hacer y qué no hacer en la entrevista

Qué hacer	Qué no hacer
• Realiza en cada entrevista una evaluación y si hay oportunidad intervén en una sola sesión, no siempre habrá otra sesión. • Describe claramente el objetivo de la entrevista; proporcionar información de procedimientos. favorece la sensación de control de la persona • Adecua tu lenguaje a las características de la población atendida. • Habrá que diferenciar entre las demandas del psicólogo, las de la institución y las del paciente. No siempre confluyen. • Permite que la persona exprese en sus propias palabras su condición de salud, es una ayuda al realizar el examen mental. Ten en cuenta las preocupaciones sobre la apariencia y procura que la persona esté cómoda durante la entrevista. • No olvides que en el contexto hospitalario hay defunciones, olores, sonidos, presencia de personas extrañas que pueden incomodarte, evita que ello afecte la comunicación con el paciente. • Ten en cuenta las limitaciones sensoriales de las personas; si están presentes, puedes sentarte más cerca y hablar un poco más alto. • Considera la presencia de dolor o cansancio al entrevistar o solicitar que respondan instrumentos; si es posible hazla más breve o en dos sesiones.	• No des información médica, no es parte de tus competencias profesionales. Puedes reforzar información que ya ha sido proporcionada por el médico, pero no dar diagnósticos, pronósticos o indicaciones de tratamiento. • Valora la pertinencia de entrevistar solo a un paciente o permitir que permanezca acompañado. • No abrumes a los pacientes con demasiados instrumentos de evaluación, elige uno o dos con cuidado, de acuerdo con la información que requieras. Si se necesitan más, hay que programarlas para una segunda sesión. • Evita ofrecer falsa tranquilidad o esperanzas; en lo posible, ofrece respuestas genuinas y empáticas a las inquietudes de los pacientes. • Evita alargar innecesariamente una entrevista, procura ser breve y conciso. • No intentes forzar a una persona a hablar de su condición o enfermedad si aún no está listo, esto incluye evitar forzar a hablar del diagnóstico.

Qué hacer	Qué no hacer
- Favorece la privacidad y minimiza las interrupciones al entrevistar a los pacientes hospitalizados en la medida de lo posible. - Recuerda que las personas hospitalizadas pueden tener expectativas sobre la terapia diferentes a la consulta convencional, por lo que hay que aclarar amablemente el papel del psicólogo en el hospital. - Proporciona la retroalimentación del paciente sobre hallazgos y recomendaciones derivadas de la entrevista.	- No te centres en las dificultades, sino también en las estrategias de afrontamiento que en el pasado han resultado exitosas. - Evita objetivos que no atienden la demanda de atención de los pacientes.

Nota: Adaptado de Behel y Rybarczyk, 2019.

Referencias

- Anguera, M.T. (2010). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 122-130. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441012>
- Bados, A., & García, E. (2014). *La entrevista clínica*. Materiales docentes. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/54766>
- Baile, J. (2014). *Intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: UDIMA-CEF.
- Becerra, A.L., Miguel, R., García, A.K., & Porras, M. K. (2019). Visión prospectiva del CAOPE: nuevas estrategias de atención. En C. Torres, & A. Corchado (Coords.), *Centro de apoyo orientación para estudiantes CAOPE* (pp. 169-179). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa.
- Behel, J., & Rybarczyk, B. (2019). Interviewing in health psychology and medical settings. En D. Segal (Ed.), *Diagnostic interviewing* (pp. 481-503). USA: Springer.
- Belloch, A., & Carrió, C. (2012). La función de devolución de la entrevista. En C. Perpiña (Ed.), *Manual de entrevista psicológica* (pp. 269-289). España: Ediciones Pirámide.
- Bravo-González, M., & Mora-Miranda, M. (2014). Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario. En L. Reynoso & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 101-127). Hermosillo: Qartuppi.
- Bravo, M.C., & Ordaz, M.I. (2019). Atención psicológica con enfoque cognitivo-conductual. En C. Torres, & A. Corchado (Coords.), *Centro de apoyo orientación para estudiantes CAOPE* (pp. 125-134). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Carrillo, L., & Ordaz, M.I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de anemia ferropénica crónica severa. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4), 2918-2938.
- Castillejos-Zenteno, L., & Serafín, G. (2019). Atributos de la entrevista en las distintas etapas del ciclo vital. En T. Zohn, E. Casillas, & S. Cervantes (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 111-130). México: ITESO-Universidad Iberoamericana.
- Cormier, W., & Cormier, L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Cruzado, J. (2014). Evaluación psicológica en pacientes con cáncer. En J.A. Cruzado (Coord.), *Manual de psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). El proceso en terapia de conducta. En M. Ruiz, M. Díaz, & A. Villalobos (2012), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp. 99-152). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Drake, K., & Ginsburg, G. (2012). Family-Based cognitive-behavioral treatment of chronic pediatric headache and anxiety disorders: a case study. *Child Youth Care Forum*, 41, 579-598. <https://doi.org/10.1007/s10566-012-9174-x>
- Elhadad, A.A., Ragab, A.Z., & Atia, S.A. (2020). Psychiatric comorbidity and quality of life in patients undergoing hemodialysis. *Middle East Curr Psychiatry*, 27(9). <https://doi.org/10.1186/s43045-020-0018-3>
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva. Volumen 2*. España: Descleé de Brouwer.
- Escamilla, M.L., & Ordaz, M.I. (2020). Intervención cognitivo-conductual en un caso de “enojo” relacionado con púrpura trombocitopénica inmune. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8(16), 33-37. <https://doi.org/10.29057/icsa.v8i16.4962>
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. España: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013a). Conceptos y modelos básicos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, método y estudio de casos* (pp. 27-59). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013b). Comunicación de los resultados: el informe psicológico. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, método y estudio de casos* (pp. 101-122). España: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Lira, A., & Rodríguez-Vega, B. (2006). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Fernández, J. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Froján-Parga, M.X., Ruiz-Sancho, E.M., & Calero-Elvira, A. (2014). A theoretical and methodological proposal for the descriptive assessment of therapeutic interactions. *Psychotherapy Research*, 26(1), 48-69. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935518>
- Galván-Domínguez, N., Vega, J., & Froján-Parga, M.X. (2020). Verbal aversive control in clinical interaction. *Psicothema*, 32(2), 182-188. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.171>
- Gómez, A., Becerra, A.L., Tron, R., & Hernández, P. (2018). Intervención cognitivo-conductual en cuidados paliativos pediátricos: un caso clínico. *Psicooncología*, 15(2), 385-398. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61444>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L., Ruiz-Torres, M., Dongil, E., & Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1) 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Goss, C., & Moretti, F. (2011). Providing information and involving the patient in the therapeutic process. En M. Rimondini (Ed.), *Communication in Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 71-100). Nueva York: Springer.
- Gupta, A., Harris, S., & Naina, H. (2015). The impact of physician posture during oncology patient encounters. *Journal of Cancer Education*, 30(2), 395-397. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0807-2>
- Hernández, C., & Sánchez, C. (2019). *Entrevista estructurada para trasplante de médula ósea. Manuscrito de uso interno*. Hospital Juárez de México, Servicio de Salud Mental.
- Kanfer, F.H., & Phillips, J.S. (1977). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- Kanfer, F.H., & Saslow, G. (1965). Behavioral Analysis. An alternative to Diagnostic Classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kanfer, F.H., & Saslow, G. (1969). Behavioral Diagnosis. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status* (pp. 417-444). Nueva York: McGraw-Hill.
- Kummer, S., Ruparel, M., Janes, S., Waller, J., Cass, J., & Quaife, S. (2019). Mapping the spectrum of psychological and behavioural responses to low-dose CT lung cancer screening offered within a Lung Health Check. *Health Expectations*, 23, 433-441. <https://doi.org/10.1111/hex.13030>
- Jansson, L., & Nordgaard, J. (2016). *The psychiatric interview for differential diagnosis*. Suiza: Springer.

- Llavona, L. (2008). Entrevista. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp.103-120). España: Ediciones Pirámide.
- López, E., & Costa, M. (2012). *Manual de consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- López-Fuentetaja, A.M., & Oriundo-Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Márquez, M. (2013). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 167-191). Madrid: Pirámide.
- McClintock, T. (2007). *The psychological impact of acute and chronic illness. A practical guide for primary care physicians*. Nueva York: Springer.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red Tercer Milenio.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. México: Manual Moderno.
- Morrison, J., Hasselblad, M., Kleinpell, R., Buie, R., Ariosto, D., Hardiman, E., Osborn, S., & Lindsell, C. (2020). The Disruptive behavior management and prevention in hospitalized patients using a behavioral intervention team (DEMEANOR) study protocol: a pragmatic, cluster, crossover trial. *Trials*, 21(417). <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04278-2>
- Nezu, A.M., Nezu C.M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nunes, M., García, C., & Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 15(28), 137-161.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial*. Recuperado de https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf?ua=1
- Orozco, E., & Salazar, C. (2019). Características de la entrevista psicológica. En T. Zohn, E. Casillas, & S. Cervantes (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 15-47). México: ITESO- Universidad Iberoamericana.
- Parada, E. (2009). *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Perpiñá, C. (2012). La comunicación en la entrevista. En C. Perpiñá (Ed.), *Manual de entrevista psicológica* (pp. 77-108). España: Ediciones Pirámide.
- Renn, B., & John, S. (2019). Mental status examination. En D. Segal (Ed.), *Diagnostic interviewing* (pp. 77-102). USA: Springer.
- Redondo, M.M., Pérez, M.A., & Iruarrizaga, I. (2003). Intervención psicológica en artritis reumatoide: caso clínico. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 2(1), 27-49. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075759>

- Reynoso-Erazo, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Robinson, P., & Reiter, J. (2016). *Behavioral consultation and primary care*. USA: Springer.
- Rodríguez-García, P., & Rodríguez-Pupo, L. (2006a). Técnicas clínicas para el examen mental I. Organización general y principales funciones cognitivas. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(2), 76-86. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp062d.pdf>
- Rodríguez-García, P., & Rodríguez-Pupo, L. (2006b). Técnicas clínicas para el examen mental II. Percepciones, pensamientos, emociones, lenguaje y conducta. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(3), 106-116. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp063c.pdf>
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M.X., & Calero-Elvira, A. (2013). Analysis of the client's verbal behavior during the therapeutic process. *Annals of Psychology*, 29(3), 779-790. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>
- Sánchez, L. (2019). Entrevista de intervención en crisis. En T. Zohn, E. Casillas, & S. Cervantes (Coords.), *Entrevistar en psicología* (pp. 153-182). México: ITESO-Universidad Iberoamericana.
- Segal, D., June, A., & Pifer, M. (2019). Basics and beyond in clinical and diagnostic interviewing. En D. Segal (Ed.), *Diagnostic interviewing* (pp. 3-28). USA: Springer.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Vargas de la Cruz, I., Pardo, R., Martínez, H., & Froján, M.X. (2017). Las verbalizaciones tipo regla del terapeuta a lo largo del proceso clínico. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-15.
- Vargas-de la Cruz, I., Martínez, H., & Froján-Parga, M.X. (2018). Una extensión del concepto de regla y su aplicación a la terapia psicológica. *Clínica y Salud*, 29, 63-70.
- Vargas-de la Cruz, I., Pardo-Cebrián, R., Martínez-Sánchez, H., & Froján-Parga, M.X. (2018). Rule emission: A possible variable for improved therapeutic practice. *The Spanish Journal of Psychology*, 21(38), 1-14. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.42>
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., & Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Villarreal, M. (2008). *Entrevista conductual. Revisión teórica*. México: Trillas.

Capítulo 2

Diseños N = 1, viabilidad y utilidad en escenarios hospitalarios

Roberto Miguel Corona e Isaías Vicente Lugo González

Un problema que nos atañe a muchos psicólogos es demostrar si nuestras intervenciones son eficaces (que logren el efecto que se desea) y efectivas (que implica que se pueda cuantificar dicho efecto). Esto permitiría saber si lo realizado logró un cambio, si este fue importante y si se mantiene a lo largo del tiempo (Goodwin, 2010; Moriana & Martínez, 2011; Nock, Belle-Janis, & Weding, 2008).

Para lograr lo anterior, normalmente se organizan condiciones (intervenciones) a las que se expone a los participantes, las más recomendadas son los diseños experimentales. Con esto se pretende demostrar una mejoría o cambio en los participantes, comparando al menos dos condiciones y contando con un grupo de contraste. Dependiendo de los resultados, se podría identificar qué intervención fue mejor, si lo obtenido fue estadísticamente significativo y qué magnitud se logró en el cambio (Moriana & Martínez, 2011; Pedroza, Galán, Martínez, Oropeza, & Ayala, 2001;

Vieira, McDonald, Araújo-Soares, Sniehotta, & Henderson, 2017).

En el contexto clínico y de la salud, estos estudios son mejor conocidos como Estudios Clínicos Controlados Aleatorizados (ECCA), los cuales se han definido como los tipos de diseño más rigurosos para evaluar la eficacia y eficiencia de diferentes tipos de intervenciones. Estos estudios cumplen con las siguientes características: (a) uso de un grupo control que permita comparar los efectos, (b) asignación de los participantes a los grupos de forma aleatoria, (c) medición de las variables de forma cegada y (d) al finalizar el estudio, al menos el 90% de los participantes continúa en él (Nock et al., 2008; Zurita-Cruz, Márquez-González, Miranda-Novales, & Villasís-Keever, 2018).

Sin embargo, una de las principales críticas realizadas a este tipo de estudios es que sus comparaciones se basan en promedios que pueden ocultar diferencias individuales entre quienes componen los grupos, estos diseños

no permiten evaluar el proceso de cambio de los participantes, ya que su lógica es transversal y no longitudinal, al realizar comparaciones de grupo se deja de lado el efecto social del cambio logrado por cada participante y, a pesar de lograr un efecto significativo a nivel estadístico y de efecto, puede haber poca relevancia en cuanto al funcionamiento de la persona (Duan, Kravitz, & Schmid, 2013; Pedroza et al., 2001; Sidman, 1973; Vieira et al., 2017).

Aunado a lo anterior, se ha evidenciado que los resultados derivados de estudios experimentales no necesariamente son aplicables a las personas que comparten una condición y son atendidas en el contexto clínico (McDonald et al., 2017; Rothwell, 2005). Además, se sabe que los comportamientos de salud y enfermedad varían de persona a persona y dichas variaciones reflejan tendencias, procesos o relaciones funcionales con condiciones particulares, lo que las hace de gran relevancia para la investigación e intervención (Johnston & Johnston, 2013; Kwasnicka et al., 2019; McDonald et al., 2017; Sidman, 1973). Finalmente, se sabe que los retos en el contexto clínico y de la salud han favorecido la atención e investigación individualizada, el desarrollo de enfoques de atención centrados en los pacientes, de tipo ideográfico y que consideren sus necesidades y características individuales (Clifford, Barber, Elliott, Hartley, & Horne, 2006; Fernández-Ballesteros, 2001; Lillie et al., 2011; McDonald et al., 2017; Miles et al., 2017).

Dado que la psicología conductual se centra en el comportamiento individual y la medicina conductual en el análisis e intervención de estos comportamientos y su correlato con el desarrollo de condiciones crónicas (Greenwald, Roose, & Williams, 2015), entonces, estos modelos de evaluación e intervención serían aplicables a los individuos, no a los grupos. Por ello, se requiere de una estructura metodológica, que, en concordancia con dichos modelos, muestre el proceso de cambio o evolución a nivel individual; estos, son los diseños $N = 1$ (Fernández-Ballesteros, 2001; Kwasnicka et al., 2019; McDonald et al., 2017; Vieira et al., 2017).

Diseños $N = 1$

Los diseños $N = 1$ (McGuigan, 1996), también conocidos como estudios experimentales de caso único (Barlow & Hersen, 1988; Smith, 2012) corresponden con una metodología de investigación e intervención ampliamente utilizada en el análisis experimental de la conducta y el análisis conductual aplicado (Bromberg & O'Donohue, 2013; Goodwin, 2010; Greenwald et al., 2015), normalmente empleados en el laboratorio, investigación psicológica y educativa (Arnau, 1981; Smith, 2012); además de ser reconocidos y empleados, desde hace varios años, en la investigación médica (McDonald et al., 2017; O'Connor, 2019; Zurita-Cruz et al., 2018).

Los diseños $N = 1$ han recibido una importante atención debido a su pertinencia para

un análisis experimental e histórico del comportamiento y una necesidad de contar con intervenciones con soporte empírico (Arnau, 1981; Bromberg & O'Donohue, 2013; Parker, Vannest, & Davis, 2011).

La principal característica de estos diseños es que son estudios individualizados –o en unidades individuales (familia, grupo, institución)– en los que se realizan mediciones repetidas de una o varias variables a lo largo del tiempo. También, corresponden con la organización de distintas fases de tratamiento, donde los resultados obtenidos (variable dependiente) se derivan de modificaciones ambientales o la introducción de una intervención particular (variable independiente). Esto permite llegar a conclusiones particulares para el individuo bajo tratamiento u observación (Arnau, 1981; Fernández-Ballesteros, 2001; Iwakabe & Gazzola, 2009; McDonald et al., 2017; Smith, 2012).

Entonces, dado que dentro de estos diseños no se requiere un grupo de comparación, será necesario que quien participe en un estudio de evaluación o intervención sea comparado consigo mismo a lo largo de diferentes fases, por lo tanto, el número de medidas repetidas es de los aspectos más relevantes (Cazabat, 2013; McDonald et al., 2017; Sanz & García-Vera, 2015; Vieira et al., 2017).

Con ello, se puede demostrar la variabilidad de los comportamientos de salud a lo largo del tiempo, evidenciar patrones conductuales en función del contexto, temporalidad

o la presencia de covariables (e. g., día de la semana y consumo de líquido en personas con enfermedad renal), identificación de predictores de comportamientos de salud, mismos que funcionarían como elementos centrales para el desarrollo de tratamientos individuales. Además, evaluar los efectos de intervenciones psicológicas y dirigidas a la salud (McDonald et al., 2017; McDonald, Vieira, & Johnston, 2020; Roussos, 2007; Vieira et al., 2017).

Características de los diseños $N = 1$

En el campo de la medicina conductual (MC), es bien sabido que existen diversas variables que pueden influir en el comportamiento de los pacientes, dentro de las que se pueden destacar el estado de salud, las propias características de la enfermedad, la economía, el apoyo social, la historia de aprendizaje, etcétera. Se conoce que estos factores pueden influir en diversos modos, esto quiere decir que, el comportamiento se encuentra en función de una multiplicidad de variables, por lo que una de las tareas principales del especialista en MC es identificar las relaciones funcionales entre el comportamiento de los pacientes y las estrategias de intervención (Bravo, 2014).

Esta noción de variabilidad proviene de toda una tradición de experimentación básica en el campo del análisis experimental de la conducta; teniendo siempre presente la relación entre variable dependiente y variable independiente. Bajo esta lógica, se busca el control de las variables ambientales con el fin de

eliminar las fuentes de variabilidad, y así determinar las relaciones funcionales con mayor precisión. Sin embargo, en el caso de la investigación aplicada, se asume desde hace tiempo que el eliminar por completo las fuentes de variabilidad es una campaña casi imposible, por el contrario, se pugna por la identificación de una determinante lo suficientemente fuerte para controlar el comportamiento y que sea ampliamente accesible para la intervención (Kanfer & Phillips, 1977).

En México, en el campo de la MC, específicamente en los contextos hospitalarios, es una utopía tener el control total de las fuentes de variabilidad; para desgracia de los psicólogos en este campo, no es posible tener un control sobre la historia de aprendizaje de los pacientes, son mínimas las modificaciones que se pueden realizar en los ambientes hospitalarios y, en todo momento, se está atado a la evolución de la enfermedad. Entonces, una pregunta obligada sería: ¿cómo se puede intervenir en contextos como estos?

A pesar de que el panorama pareciera poco alentador, para el especialista en MC, el foco de atención no se centra únicamente en la explicación de las relaciones funcionales (bajo una lógica de experimentación básica), sino que el propósito principal es la modificación del comportamiento de los pacientes para producir cambios clínicamente significativos o socialmente relevantes; por lo tanto, el punto de partida es el propio individuo, en el que se busca comparar los efectos de los métodos de

intervención sobre el comportamiento (Kraton et al., 2010; Roussos, 2007; Tate et al., 2008). Cuanto más se conozcan los efectos de las estrategias de intervención en diferentes pacientes ante diversas situaciones, será más fácil identificar la efectividad en el próximo paciente por atender (Kazdin, 2001).

Bajo la lógica del diseño $N = 1$, el punto central radica en la constante observación (medición) del comportamiento de interés (variable dependiente) a través del tiempo (medidas repetidas) (Arnau, 1975). Esta labor no es extraña para los psicólogos aplicados en contextos de salud, ya que la observación constante mediante registro o autorregistros permite hacer adecuaciones en las intervenciones para, así, modificar el comportamiento (Tron, Avila-Costa, & Reynoso-Erazo, 2014).

Sin embargo, la selección de esta metodología tiene implicaciones sobre los métodos de recolección de datos; en primer lugar, todo ejercicio de medición u observación debe especificar de forma clara, observable y repetible, aquello que se quiere medir. En segundo lugar, las mediciones repetidas (idealmente) deben realizarse bajo condiciones estandarizadas respecto de los registros, las personas, el día, la hora y las condiciones ambientales en las que se lleva a cabo. Entre mayor regularidad se establezca en la medición, mayor será la consistencia de los datos; de igual modo, el establecimiento del número de mediciones dependerá de la variable a estudiar (Barlow & Hersen, 1988). Por ejemplo, en el caso de un

entrenamiento conductual enfocado a la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus; errores en los criterios de medición antes mencionados, nos llevaría a variaciones en los niveles de glucosa en sangre o tensión arterial.

Habría que tomar con cautela los beneficios que ofrece la metodología de $N = 1$, ya que incluso cuando se aplique de la mejor forma posible, la ausencia en el control de las condiciones experimentales y la falta de medidas precisas de las conductas objetivo son factores que juegan en contra; del tal modo que, constantemente se cuestionan estos diseños. Ante esta situación, las técnicas de replicación aportan la evidencia que apoya la confiabilidad de esta metodología. La repetición constituye la técnica de replicación más simple y los datos individuales permiten que se establezca un método directo como generalidad del fenómeno. De tal modo que, podríamos describir los métodos de replicación directa e indirecta (Sidman, 1973).

Los procedimientos de replicación provienen de una larga tradición de experimentación básica; de primera instancia, la replicación directa se caracteriza por la repetición por parte del experimentador. Este procedimiento se puede describir en dos grandes categorías: (a) *entre sujetos*, conlleva la replicación de la variable de intervención, a través de diferentes personas (sujetos), para eliminar el riesgo de que los cambios se deban a las características propias del sujeto o a variables extrañas

lo suficientemente poderosas para generar el cambio en la conducta; (b) *intrasujeto*, implica la modificación conductual, de manera repetida y de un modo cuantitativamente consistente, en un solo sujeto; como se verá más adelante con los diseños. Por otro lado, en lugar de replicar de manera directa la variable de intervención, se emplean los datos obtenidos como base, a partir de la cual se realizan modificaciones a la intervención y se obtienen datos relacionados adicionales, denominada *replicación sistemática*, la cual demuestra que el cambio conductual puede observarse bajo condiciones distintas a la intervención original (Sidman, 1973).

Estrategias de evaluación

Las estrategias para evaluar o medir el comportamiento de interés van de la mano con la selección de los diseños implementados, de tal modo que, en los diseños de $N = 1$ se ponderan las mediciones: (a) directas, (b) repetidas, (c) intraindividuales, (d) ideográficas y (f) interindividuales (en medida que exista la réplica). La medición repetida de la conducta objetivo es una de las características propias de estos diseños y permite evaluar la eficacia de los procedimientos de intervención (Gage & Lewis, 2013).

La evaluación puede basarse en el triple sistema de respuestas, sin embargo, se pondera el estudio y análisis de la conducta pública observable; dado que los métodos a emplear abarcan la observación directa, los autoinfor-

mes, los autorregistros y diversos tipos de registros instrumentales para la respuesta psicofisiológica (Tron et al., 2014).

En el contexto de la salud, el punto de partida será la selección de las conductas objetivo sobre las que se pretende intervenir. Sin embargo, es frecuente encontrarnos una amplia gama de respuestas que pueden ser objeto de atención para los especialistas en MC; y para poder seleccionarlas habrá que considerar si: (a) la conducta tiene cierta importancia para los paciente o personas relevantes, (b) estos comportamientos implican algún riesgo para el paciente o terceras personas, (c) las respuestas son socialmente reprobadas, (d) interfieren con el funcionamiento del paciente y (e) distan de las normas o reglas establecidas en el contexto hospitalario. De igual modo, al momento de la selección de las conductas, habrá que considerar la dificultad para la modificación y si esta llevará a efectos concomitantes de otras conductas; o, por el contrario, si la selección radica en el inicio de una cadena conductual más compleja (Barlow & Hersen, 1988).

Una vez seleccionadas las conductas objetivo, será labor del especialista en MC una definición operacional, ya sea basada en la topografía o en la función; la cual permita proporcionar datos significativos y replicables. Esto implica que la definición operacional busca converger con las investigaciones o estudios relacionados, y que los resultados obtenidos pueden ser replicados en futuras intervenciones. Del mismo modo, dichas definiciones de-

biesen ser objetivas, claras y completas; es decir, hacen referencia a conductas observables (evitando explicaciones de acontecimientos privados), carecen de ambigüedad y contienen los límites de la conducta de principio a fin para su clara discriminación (Fernández-Ballesteros, 2013).

Las conductas de interés pueden presentar variaciones en frecuencia, duración, intensidad, etcétera, dependiendo de la dimensión de la respuesta. La selección de los parámetros a registrar dependerá de: (a) la naturaleza de la respuesta, (b) la disponibilidad de instrumentos adecuados y (c) los objetivos de la intervención. Del mismo modo, los procedimientos de observación y registro dependerán de las características de los contextos en los que se implementarán; de los que se destacan, la observación directa en tiempo real, el registro de frecuencias, el registro de duración y el muestreo temporal –solo por mencionar algunos– (Lundervold & Belwood, 2000). Sin embargo, en los contextos hospitalarios, la observación directa no siempre es la mejor estrategia, debido a vicisitudes como la baja emisión y el carácter privado de la respuesta (fisiológica), o la incomodidad del paciente al ser observado por un tercero y, por consiguiente, la alteración de la conducta; en dichos casos, es posible emplear medidas de autoinforme o fisiológicas.

En ocasiones, los escenarios de emisión de la conducta están fuera del alcance del observador, por lo tanto, es posible emplear

medidas de autoinforme. Estas pueden incluir inventarios, cuestionarios, listas de chequeo, autorregistros y procedimientos de automonitorización; estas dos últimas son empleadas en los contextos aplicados. De igual modo, se recomienda el registro de productos conductuales, que consiste en identificar y registrar los efectos de ciertas conductas sobre el medio ambiente, por ejemplo, medición del peso e índice de masa corporal (IMC), niveles de hemoglobina glicosilada, cantidad de agua ingerida, etcétera. Finalmente, es posible complementar con medidas fisiológicas como el registro de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la actividad muscular, la temperatura, etcétera.

Tipos de diseños

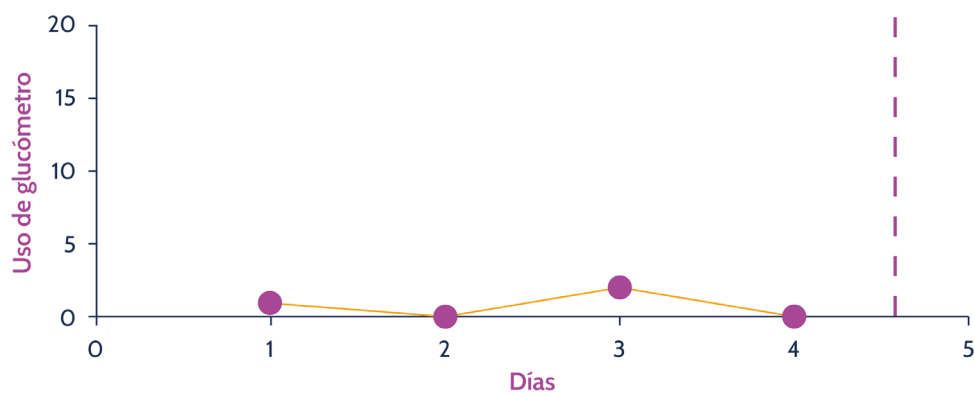
Los diseños de $N = 1$ se caracterizan por dos fases generales: (a) fase de observación o línea base y (b) fase de intervención o manipulación experimental. En la mayoría de los diseños experimentales de caso único, el punto de partida es la línea base (nombrada fase A), la cual consiste en la medición repetida de la frecuencia de ocurrencia natural de las conductas objetivo, es decir, se establece el registro de la conducta de interés en condiciones *naturales* fuera de toda intervención. El propósito consiste en tener un punto de contraste, a partir del cual se pueda evaluar la eficacia de una intervención posterior; en términos más coloquiales, se pretende identificar el patrón de respuestas que nos permitan analizar su *dirección*

(Kanfer & Phillips, 1977). De tal modo que, la línea base cumple con dos funciones principales: describir la conducta objetivo y predecir su dirección a lo largo del tiempo (Kazdin, 1978).

Habrà que tener en consideración que, para establecer una medición de línea base, se recomienda que las observaciones tengan estabilidad y se mantenga un rango de variabilidad menor al 5%, ya que las fluctuaciones en los patrones de respuestas dificultan la conclusión del efecto de las intervenciones. De igual modo, se recomienda contar por lo menos con tres puntos de observación para establecer una tendencia de los datos (Barlow & Hersen, 1988; Kazdin, 1978; Kazdin, 2001; McGuigan, 1996).

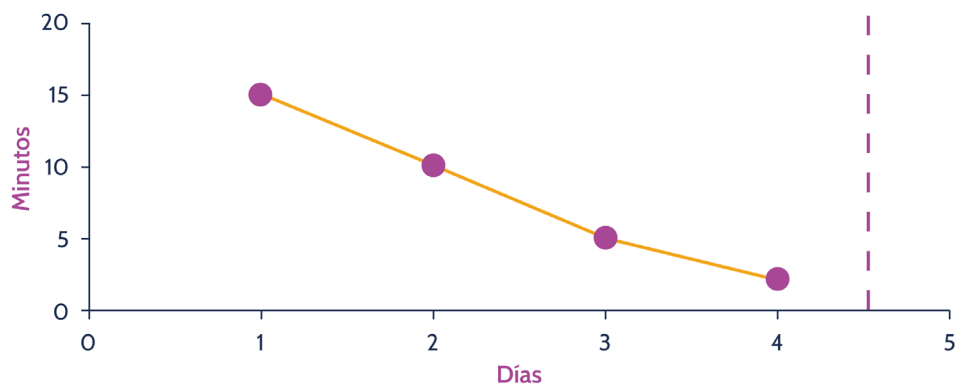
Si bien es cierto que, dentro de la metodología de estos diseños se recomienda contar con una línea base estable (figura 1), también es cierto que en contextos aplicados podemos encontrarnos con líneas base que tienden al decremento (figura 2) o al incremento de su frecuencia (figura 3). Ante estas dos últimas posibilidades, habrá que tener presente los objetivos que acompañan a la fase de intervención; es decir, si la variable de intervención busca aumentar la ocurrencia de un comportamiento, entonces una línea base descendente podría ser una herramienta de utilidad para el contraste de las fases. Lo mismo ocurre con una línea base ascendente, cuando la variable de intervención busca reducir la frecuencia de ocurrencia de una conducta (Barlow & Hersen, 1988).

Figura 1
Línea base estable



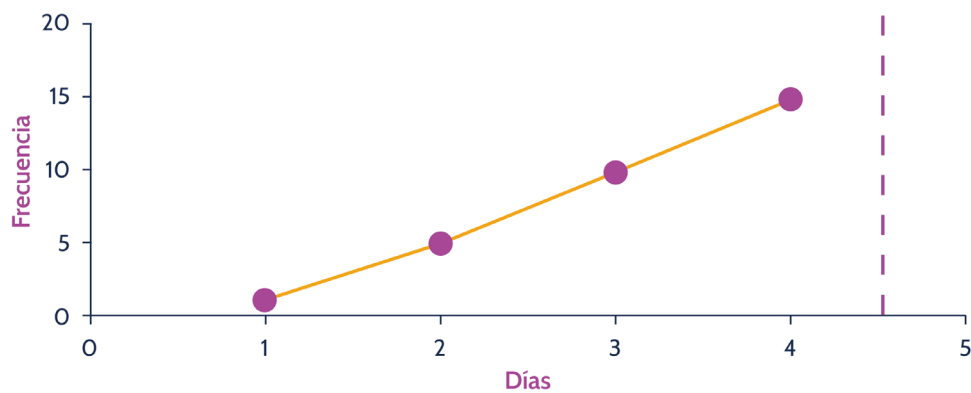
Nota: Registro de cuatro días del uso de glucómetro en un paciente con diabetes mellitus tipo 2. Caso hipotético.

Figura 2
Línea base descendente



Nota: Registro de cuatro días de los minutos de deambulación en un paciente postquirúrgico en hospitalización. Caso hipotético.

Figura 3
Línea base ascendente



Nota: Registro de cuatro días de la frecuencia de llanto de un paciente en hospitalización en el servicio de oncopediatría. Caso hipotético.

Una vez establecida la línea base, se da paso a la fase de intervención o manipulación experimental (nombrada fase B), la cual consiste en la introducción de la variable independiente; en el caso de los contextos aplicados nos referimos a los métodos de intervención (Kazdin, 2001). Ahora bien, vale la pena hacer ciertas precisiones al respecto. En el contexto de la investigación básica, se pugna por la manipulación individual de las variables de manera secuenciada, es decir: línea base (A)-intervención (B)-línea base (A); sin embargo, en el caso de las intervenciones psicológicas en los contextos hospitalarios, la fase B se puede conformar de diversas estrategias de intervención, con la claridad de que se está evaluando el efecto conjunto de las estrategias.

Diseños A-B

Dentro de la gama de posibilidades experimentales, los diseños A-B pueden ser considerados los diseños más simples. Como se ha descrito previamente, este diseño se caracteriza por la recolección de medidas repetidas a lo largo de la línea base y la fase de experimentación; de tal modo que se pueda registrar el cambio en la variable dependiente atribuible a los efectos del tratamiento; manteniendo ciertas reservas en esta conclusión (Miltenberger, 2013).

El uso de este diseño experimental puede involucrar dificultades al momento de sustraer algunas conclusiones, debido a que, al no contar con una fase de línea base posterior, no es posible afirmar de manera certera que

los cambios se deben a la manipulación de la variable independiente. Al margen de las posibles limitantes de este diseño, puede ser considerado una herramienta útil en los contextos en los que no son prácticos los análisis con grupos control, o con fases de introducción y retirada (que se comentarán en los siguientes apartados) (Barlow & Hersen, 1988).

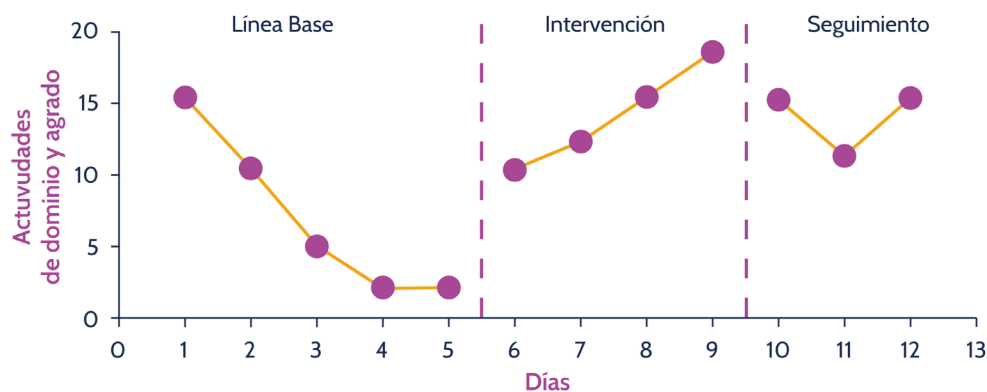
Hasta este punto, vale la pena realizar una aclaración pertinente; no habrá que confundir entre la fase de seguimiento y las fases de línea base posteriores a las de manipulación experimental. En los contextos aplicados como el hospitalario, es recurrente emplear diseños A-B de una única conducta objetivo con seguimiento (figura 4). Por ejemplo, aquellas intervenciones que inician durante los periodos de estancia hospitalaria y se busca el mantenimiento de la conducta objetivo en escenarios cotidianos, de tal modo que la fase de manipulación experimental (intervención o entrenamiento) no son retiradas. En palabras más cotidianas, se espera que las conductas adquiridas durante la intervención se mantengan a lo largo del tiempo.

Diseño de retirada (A-B-A)

En el campo aplicado, posiblemente el diseño A-B-A constituye la herramienta básica empleada con mayor frecuencia entre los diseños $N = 1$; la cual se caracteriza por la retirada de la variable de tratamiento o fase B. En sentido práctico, una vez que se establece la línea base y se ha manipulado la variable de

Figura 4

Diseño A-B con seguimiento



Nota: Registro del número actividades de dominio y agrado, realizadas por un paciente oncológico, bajo la terapia de activación conductual. *Caso hipotético.*

tratamiento, se podrán registrar los cambios en los patrones de respuesta (Kazdin, 2001). De primer momento, si el tratamiento psicológico tiene efecto sobre la conducta objetivo, podremos identificar cambios relevantes, pero ¿cómo asegurar que la intervención es la que controla el cambio observado?

En este caso, el diseño de retirada implica una operación técnica, específica y activa, que dará como resultado cambios en las conductas objetivo en relación con la fase experimental previa; es decir, si el cambio en la conducta se encuentra en función de la variable de intervención, se esperaría que al retirar dicha variable se observen variaciones en las tasas de respuestas. Por lo tanto, una vez retirada la variable de intervención, sigue el retorno a las condiciones de línea base; conformando el diseño: línea base (A)-intervención (B)-línea base (A) (Johnston & Pennypacker, 2009).

Este diseño permite analizar el control de la introducción y retirada de la variable de

tratamiento, de tal modo que, si se observa de primer momento una mejora en la introducción de la fase B y un empeoramiento posterior a su retirada, se puede llegar a la conclusión de que la variable de tratamiento es la responsable de los cambios observados en la conducta objetivo; por lo tanto, no hay que perder de vista que el objetivo principal es confirmar los efectos de nuestra variable de intervención (figura 5) (Barlow & Hersen, 1988). En el caso de las intervenciones psicológicas en los contextos hospitalarios, la fase B se puede conformar de diversas estrategias de intervención, con la claridad de que se está evaluando el efecto conjunto de las estrategias.

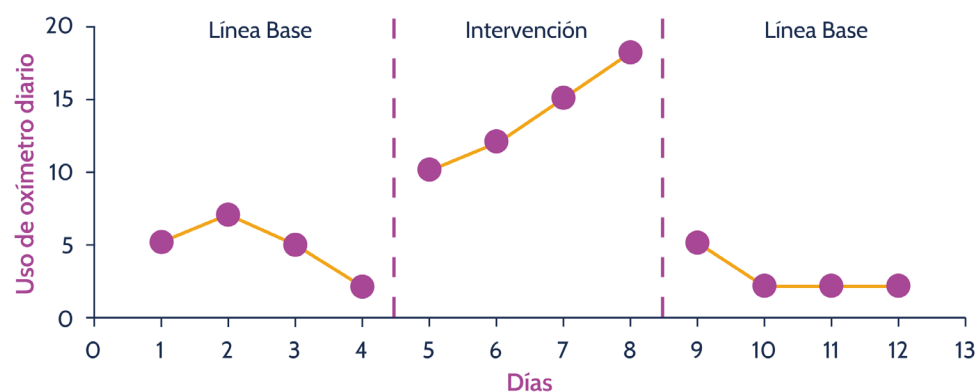
Ahora bien, será relevante mantener presente algunas consideraciones:

1. Para llevar a cabo el diseño de retirada, habrá que contar con el apoyo de las personas relevantes en la problemática (personal de salud, cuidadores, familiares, etc.).

2. La retirada de la variable de tratamiento no implicará algún perjuicio o daño para el paciente o personas relevantes.
3. Se deben mantener al margen las influencias ambientales a lo largo de todas las fases.
4. El restablecimiento final del tratamiento, para llegar a la conclusión, será efectuado tan pronto sea posible.

psicológica. Este diseño se caracteriza por finalizar con la etapa de intervención, que pueden mantenerse a lo largo de los periodos de seguimiento. Por otro lado, y desde un punto de vista aplicado, los procedimientos terapéuticos producirán resultados en el aprendizaje de cada paciente, los cuales no son susceptibles de modificación ante la retirada de la variable de intervención (Barlow & Hersen, 1988; Kazdin, 2001).

Figura 5
Diseño A-B-A



Nota: Registro del uso de oxímetro diario en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bajo un programa de reforzamiento continuo. *Caso hipotético.*

A pesar de los beneficios experimentales del diseño A-B-A, existen aspectos contraproducentes desde un punto de vista clínico. En sentido estricto, el retorno a la fase A implica para el paciente el restablecimiento de las condiciones iniciales previas a la intervención, por lo tanto, se le estaría *negando o privando* del beneficio de la intervención. Dicho lo anterior, en el contexto aplicado es altamente probable que el diseño de retirada finalice con las fases: A-B-A-B; ponderando el bienestar de los pacientes que se encuentren bajo intervención

Como se puede observar en este último diseño experimental, la estructura básica A-B-A puede ser susceptible de modificaciones (e. g., A-B-A-B). Dentro de esta gama de posibilidades, se encuentran los diseños B-A-B, los cuales carecen de una línea base inicial, que dificulta un análisis preciso del control de la conducta de interés, pero concluyen con la fase de intervención. Por otro lado, se cuenta con los diseños A-B-C-B, en donde la fase C no es considerada una línea base, pero conforma un arreglo experimental distinto a

los empleados en las fases B, por ejemplo, en las fases B se emplea un programa de reforzamiento de razón fija con economía de fichas y en la fase C se administran reforzadores no contingentes.

Diseños de línea base múltiple

Los diseños de línea base múltiple son considerados una alternativa a los diseños de retirada, cuando no es factible ponerlos en marcha por cuestiones éticas, institucionales o procedimentales. La característica distintiva de estos diseños radica en el registro simultáneo de varias respuestas en el mismo lapso, para realizar un contraste posterior. El establecimiento de estas líneas base múltiples permitirá la evaluación del efecto de la variable de tratamiento sobre una respuesta a la vez, manteniendo sin variabilidad al resto de las respuestas registradas (Cazabat, 2013). Es decir, se aplica la variable de tratamiento a la primera respuesta seleccionada, posteriormente, se aplica la misma variable a la segunda respuesta y, así sucesivamente, hasta cubrir la totalidad de las respuestas. Lo que implica que, la inferencia del efecto del tratamiento se basa en el contraste con las respuestas no tratadas (Hayes, 1981).

Este diseño puede ser conceptualizado como A-B con seguimiento de manera separada para cada respuesta; en la que la fase A, se prolonga de manera escalonada para cada conducta sucesiva, hasta que la variable de tratamiento es aplicada en su totalidad, contrastando el resultado de la variable de tratamien-

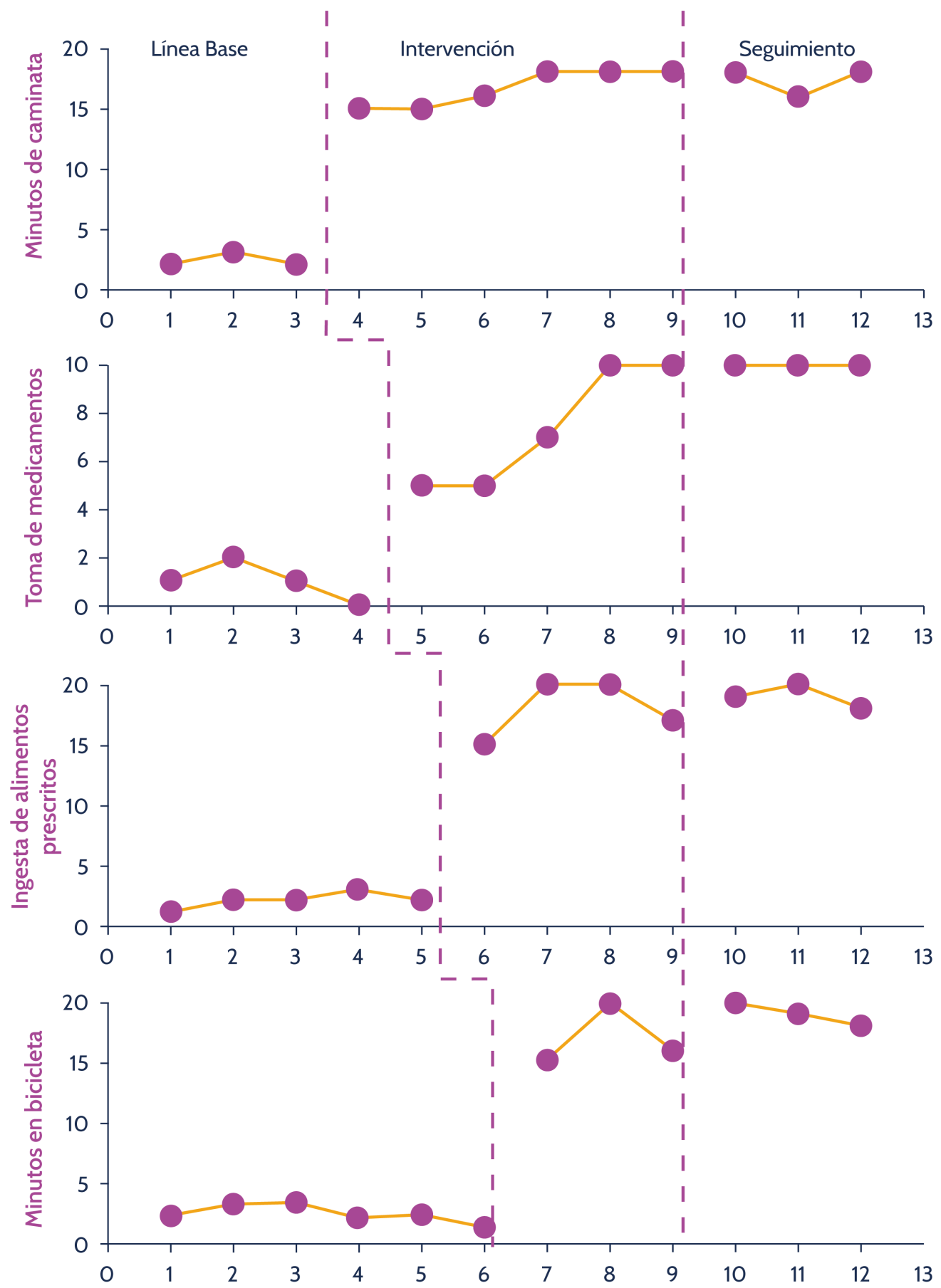
to en una respuesta a la vez, mientras que el resto se mantienen relativamente constantes; como se puede observar en la figura 6.

El uso de este diseño conlleva la suposición básica de independencia entre las respuestas, es decir, que no existe covarianza entre ellas. Esto implica una limitación importante en el campo aplicado, ya que al poner en marcha procedimientos terapéuticos, es frecuente observar efectos generalizados en múltiples conductas; por lo tanto, no es posible asegurar la independencia. Sin embargo, el registro simultáneo de conductas concurrentes constituye una ventaja de este diseño, ya que nos aproxima a condiciones más naturalistas, en las que es frecuente observar una gran variedad de respuestas; para mitigar tales limitaciones se proponen algunas alternativas como incluir líneas base con topografía distinta entre ellas y emplear cuatro o más líneas base (Barlow & Hersen, 1988).

Los diseños de línea base múltiple pueden clasificarse en (Kerlinger & Lee, 2002; Miltenberger, 2013):

- a. *Entre conductas*: la misma variable de tratamiento se aplica secuencialmente a todas las respuestas seleccionadas, en un solo sujeto.
- b. *Entre sujetos*: la variable de tratamiento se aplica de manera sucesiva a sujetos separados, expuestos a condiciones ambientales idénticas, con una única variable objetivo como foco de atención.

Figura 6
Diseño de línea base múltiple



Nota: Intervención psicológica para la atención de la adherencia terapéutica (actividad física, toma de medicamentos y alimentación) en un paciente con diabetes mellitus tipo 2; basada en un programa de refuerzo positivo mediante economía de fichas. Caso hipotético.

- c. *Entre situaciones*: la variable de tratamiento es aplicada secuencialmente a la misma conducta en un sujeto, en condiciones distintas e independientes.
- d. *No concurrente entre individuos*: la variación de este diseño implica el establecimiento previo de la longitud de las líneas base y, dependiendo de la disponibilidad de los sujetos, se les asigna aleatoriamente una de las longitudes predeterminadas y, posteriormente, se aplica la variable de intervención. La distinción principal consiste en la puesta en marcha de las fases en diferentes lapsos de tiempo de manera independiente.

Análisis visuales de los datos

El análisis de tipo gráfico ha sido uno de los pilares fundamentales para evaluar los efectos de intervenciones en los diseños $N = 1$, tanto en el contexto experimental como en el aplicado; de hecho, se consideran los métodos estándar, ya que, en el análisis conductual aplicado, derivado de la tradición experimental animal, es su principal antecedente. La lógica de este tipo de análisis es realizar una interpretación de los datos una vez graficados, esperando que los efectos sean tan importantes para ser observados de manera visual (Follette, 2001; Ledford, Lane, & Severini, 2017; Morley, 2018; Smith, 2012).

A pesar de considerarse como un tipo de análisis estándar en los diseños $N = 1$, han recibido diversas críticas, por ejemplo, de acuerdo

con la revisión de Smith (2012), los análisis visuales suelen sobreestimar los efectos de las intervenciones, muestran inconsistencias entre observadores al analizar los datos, además, los estudios que solo cuentan con este tipo de análisis son excluidos de las revisiones y metaanálisis.

Sin embargo, estas condiciones han ido cambiando y, en la actualidad, es necesario el empleo de este tipo de análisis en conjunto con los de tipo estadístico, principalmente, por las prácticas basadas en evidencia, cambios generacionales en los grupos de investigación experimental, colaboración entre analistas del comportamiento y especialistas en estadística, la necesidad de realizar estudios de metaanálisis sobre diseños de $N = 1$, así como la construcción de parámetros específicos para la interpretación de los datos estadísticos en los diseños experimentales de caso único (Ledford et al., 2017; Parker et al., 2011; Shadish, 2014; Smith, 2012; Vannest & Ninci, 2015).

De acuerdo con Smith (2012) y Ledford et al. (2017), este tipo de análisis al menos está conformado por tres tipos de elementos:

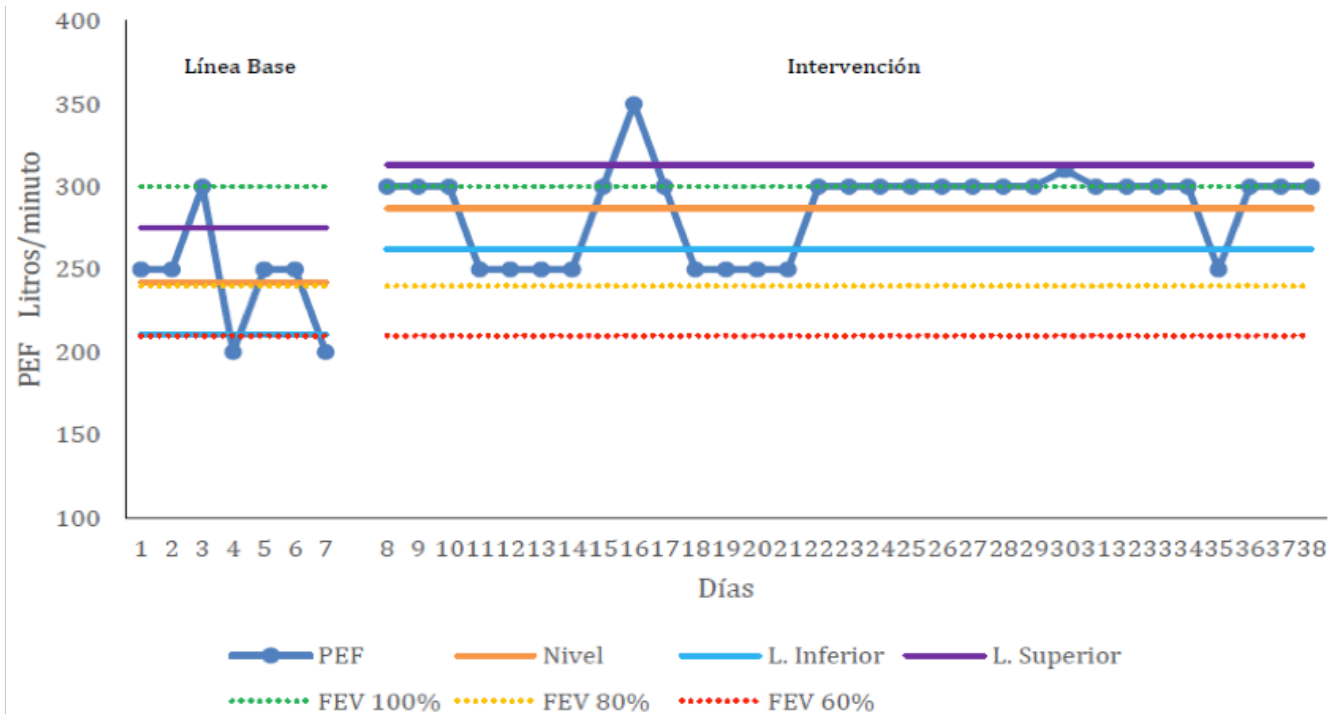
- *Análisis de nivel*: exploración centrada en los cambios de magnitud de una conducta o variable. Este análisis corresponde con la suma de datos registrados durante cada fase, dividida entre el número de datos o sesiones de esta (promedio) (Chávez & Tron, 2014; Ledford et al., 2017).
- *Análisis de tendencia*: exploración centrada en el movimiento de los datos a

lo largo del tiempo, dentro de cada fase y entre fases, lo que implica identificar la dirección y magnitud de los datos. En este análisis, se obtiene un promedio de los incrementos o decrementos de la variable estudiada en un periodo (Chávez & Tron, 2014; Ledford et al., 2017).

- **Análisis de variabilidad:** exploración centrada en la cantidad de variación de los datos o de las conductas respecto del nivel promedio de ejecución. En este análisis, se obtiene un porcentaje de las fluctuaciones de la variable estudiada en un periodo (Chávez & Tron, 2014; Ledford et al., 2017; Manolov, 2017).

Para ejemplificar estos tres análisis visuales, en la figura 7, se muestra la representación gráfica de una intervención cognitivo conductual para mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida en una paciente con asma. La variable dependiente analizada a continuación es el Flujo Espiratorio Pico (FEP), el cual es un indicador de obstrucción pulmonar que representa la velocidad máxima del flujo en una exhalación forzada, dato que, además, es empleado para evaluar el control del asma y la adhesión al tratamiento. Para su medición, se requiere un flujómetro (para realizar una flujometría) que cuenta con una escala de 60 a 800 litros/minuto (Global Initiative for Asthma [GINA], 2019).

Figura 6
Puntuaciones del FEP (nocturno) y cambio de nivel entre la fase A (línea base) y la fase B (intervención) en una intervención psicológica para el control del asma y calidad de vida



Nota: Tomado de Efectos de una intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con sintomatología depresiva y asma no controlada por C. Guillen, 2019, Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México: México. Reproducida con autorización.

Se pueden observar los incrementos en las puntuaciones del FEP y, por ello, un cambio de nivel entre línea base ($M = 242.86$) e intervención ($M = 287.42$). La tendencia en línea base fue negativa, el valor desciende siete unidades por día ($b = -7.14$), mientras que en la intervención aumentaba cerca de una unidad por día ($b = .77$). Finalmente, de acuerdo con el coeficiente de variabilidad se aprecia un mayor porcentaje de variación en la línea base (13%) *versus* la fase de intervención (9%), donde se reduce un 4% (Guillen, 2019).

Análisis de tamaño del efecto de los datos

Como se mencionó previamente, los análisis estadísticos de tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos han resultado un complemento robusto para dar validez de los datos expresados gráficamente y analizados de manera visual. Hasta el momento, existen al menos nueve distintos tipos de análisis, siendo el porcentaje de datos no solapados (PND), el porcentaje de datos que exceden la mediana (PEM) y el no solapamiento de todos los pares (NAP), los que normalmente son utilizados (Sanz & García-Vera, 2015). Sin embargo, dado el espacio de descripción, solo se ejemplificará el análisis NAP (Parker & Vannest, 2009). Para una revisión exhaustiva de cada uno de estos análisis de tamaño del efecto (véase Ledford et al., 2017; Manolov, 2017; Parker & Vannest, 2009; Parker et al., 2011; Parker, Vannest, Davis, & Sauber, 2011; Vannest & Ninci, 2015).

El NAP (Parker & Vannest, 2009) refleja el porcentaje de datos sin solapamiento entre fases (A-B), es decir, los datos que muestran una mejoría en B (intervención) respecto de A (línea base). Algo muy importante de este análisis es que cuenta con puntos de corte para su interpretación, a saber: efecto débil ($< .66$), efecto medio (.66-.92) y efecto grande (.93-1). Además de esto, para su cálculo existe *Single Case Research®*, una plataforma en internet para realizarlo de manera automática (Vannest, Parker, Gonen, & Adiguzel, 2016).

Tomando como base el ejemplo previo, el tamaño del efecto de la intervención sobre el FEP fue medio, ya que el resultado del NAP fue de .8381 ($Z = 2.7533$, 90% Intervalo de Confianza [IC] 0.272-1, $p = .0059$) y el punto de corte de este nivel oscila entre .66-.92. Este resultado ofrece una lectura más clara que el contar solo con el análisis visual, ya que evita una interpretación subjetiva de la magnitud del efecto logrado tras la intervención.

Análisis de cambio clínico

De acuerdo con Sanz y García-Vera (2015), siempre es recomendable que los resultados de un estudio de caso o un conjunto de sujetos en quienes se replicó una intervención muestren evidencias complementarias a los análisis visuales y de tamaño del efecto, a saber, se comenta la relevancia de incorporar análisis para medir el cambio clínico logrado tras la intervención.

Según Pedroza et al. (2002) y Gómez-Penedo y Roussos (2012), uno de los índices de cambio clínico más empleados es el Índice de Cambio Confiable (RCI, *Reliable Change Index*) (Jacobson & Truax, 1991); sin embargo, en el contexto nacional se ha identificado, además, el reporte del Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994) (véase, también, Candelaria, García, & Estrada, 2016; García & Sánchez-Sosa, 2013; Reyes & González-Celis, 2016). Un dato relevante para la obtención de estos cambios es que solo se necesitan dos mediciones de la variable a contrastar: preintervención y postintervención.

Para el caso del RCI (Jacobson & Truax, 1991), el cambio implica que el paciente recuperó un funcionamiento similar al de la denominada población funcional. Para ello, después de una intervención, deberá de superar (positiva o negativamente) un nivel determinado en una prueba o instrumento (punto de corte C) y superar el nivel estándar de $RCI = 1.96$. Para el cálculo de estos datos existen tres estrategias diferentes (a, b y c); para una revisión exhaustiva de cada una de estas estrategias y sus requerimientos, véase Gómez-Penedo y Roussos, 2012; Jacobson y Truax, 1991; Pedroza et al., 2001; Sanz y García-Vera, 2015.

Por su parte, para el CCO (Cardiel, 1994), el proceso es mucho más sencillo, ya que solo se debe obtener la diferencia entre la postintervención y la preintervención, dividida entre esta última (post-pre/pre), considerando como un cambio clínicamente significativo los

resultados mayores a .20 o de 20% si el resultado es multiplicado por 100 para obtener un resultado en términos de porcentaje.

Con base en el ejemplo analizado en los dos ejercicios previos, pero ahora tomando como variable de contraste la calidad de vida (dimensiones de la variable), en la tabla 1, se pueden observar los efectos clínicamente significativos de la intervención cognitivo conductual en la paciente con asma. Es claro que, los resultados más importantes se dieron en la dimensión de síntomas físicos, ya que las puntuaciones de la paciente pasaron del punto de corte C (70.08), el RCI superó el 1,96 (-4.2) y el CCO fue mayor que .20 (-.44).

Sin embargo, a pesar de que en las dimensiones de estímulos ambientales y limitaciones físicas también se pasó del punto de corte C, no así en función emocional, los cambios a nivel clínico solo se observan en la segunda y tercera dimensión del instrumento; pero únicamente en el CCO.

Comentarios finales

En el contexto de la MC en México dentro del área hospitalaria, se suscitan varios elementos que hacen posible el uso de los diseños $N = 1$ como alternativa a los diseños de grupo experimentales, en cualquiera de sus niveles de complejidad y validez: (a) los diseños $N = 1$ son la estructura ideal para el análisis e intervención dirigida al comportamiento individual; (b) con estos diseños se puede tener acceso al proceso de cambio o evolución a nivel in-

Tabla 1
Evaluación de resultados clínicos del paciente con respecto a las dimensiones de calidad de vida

Dimensiones de calidad de vida+	Pre Intervención	Post Intervención	C	RCIJT	CCO
Síntomas físicos	72	40	70.08	-4.2*	-.44*
Estímulos ambientales	33.33	53.33	52.73	+1.18	+.60*
Función emocional	20	33.33	64.93	+1.36	+.66*
Limitación en las actividades	85	70	72.1	-1.08	-.17

Nota: + *Mini Asthma Quality of Life Questionnaire* (MiniAQLQ) (Juniper, Guyatt, Cox, Ferrie, & King, 1999). C = Punto de corte C para cada dimensión de calidad de vida. RCI = Índice de cambio confiable. CCO = Cambio clínico objetivo. * cambio clínicamente significativo. Adaptado de *Efectos de una intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con sintomatología depresiva y asma no controlada* por C. Guillen, 2019, Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

dividual; (c) dado el análisis longitudinal entre fases se consideran estructuras metodológicas complejas; (d) se consideran estructuras metodológicas mediante la cuales también se puede tomar decisiones basadas en evidencia; (e) se tiene acceso a población heterogénea en cuanto a sus características sociodemográficas, psicológicas y de padecimientos crónicos; y (f) a pesar de contar con un número importante de pacientes en los servicios médicos, normalmente los programas de intervención concluyen con un número limitado de participantes (Barlow & Nock, 2009; Byiers, Reichle, & Symons, 2012; Kwasnicka et al., 2019; Morley, 2015; Normand, 2016).

Al optar por el empleo de diseños *N* = 1, en el contexto hospitalario, se recomienda

considerar los siguientes elementos:

1. Partir desde una lógica individual en el análisis e intervención del comportamiento, considerando las ventajas y complejidad de un análisis histórico e intensivo en los diseños *N* = 1.
2. Una vez planteado el problema a investigar y teniendo desarrollada la intervención a probar, delimitar las conductas o variables que se evaluarán de manera repetida, teniendo en cuenta la definición operacional, los parámetros más relevantes y los métodos de observación disponibles.
3. Seleccionar los métodos de medición que serán empleados. Véase, por ejemplo, instrumentos para evaluar el nivel de dis-

trés en pacientes en psicoterapia (Foster, 2010), registros de frecuencia de cefaleas en pacientes con problemas tensionales (Söderlund & Lagerlöf, 2016), escalas visuales del estado de ánimo en pacientes con depresión bajo tratamiento de activación conductual (Miles et al., 2019), registros conductuales para el uso del condón en pacientes con infección por VIH (Caballero-Suárez, Candela, Rodríguez, Reyes-Terán, & Riveros-Rosas, 2019) o instrumentos para ansiedad y depresión en pacientes con cáncer terminal (Landa-Ramírez et al., 2019).

4. Seleccionar el tipo de diseño teniendo en consideración: la naturaleza de la conducta de interés, los objetivos de la intervención, las características del escenario y las normas éticas.
5. Seleccionar los tipos de análisis visuales a implementar, así como los análisis de tamaño del efecto y de cambio clínico, mismo que demuestren los efectos y la magnitud de la intervención empleada sobre las variables de resultado.

Finalmente, no hay que perder de vista que los diseños de $N = 1$ constituyen una gama de posibilidades metodológicas; principalmente, en contextos aplicados, en los cuales las limitantes propias de las instituciones no permiten tener el rigor metodológico que exigen los diseños experimentales de grupos. De igual modo, estos diseños conforman la

primera línea de elección para los especialistas en MC, que se interesan por la modificación del comportamiento de los pacientes en contextos hospitalarios, en donde el foco de atención es el propio individuo a lo largo del tiempo.

Referencias

- Arnau, G.J. (1975). Los diseños experimentales en psicología. *Anuario de psicología / The UB Journal of Psychology*, 12, 3-50. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/9598/12449>
- Arnau, G.J. (1981). Uso de los modelos de series temporales como técnica de análisis de los diseños conductuales. *Anuario de Psicología*, 25(2), 17-34. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Barlow, D.H., & Hersen, M.H. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. España: Martínez Roca.
- Barlow, D.H., & Nock, M.K. (2009). Why can't we be more idiographic in our research? *Perspectives on Psychological Science*, 4(1), 19-21. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01088.x>
- Bravo, M.C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico degenerativos. En L. Reynoso-Erazo & A. L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 43-64). Hermosillo: Qartuppi.

- Bromberg, D.S., & O'Donohue, W.T. (2013). In D. S. Bromberg & W. T. O'Donohue, Research methods: Current strategies, obstacles to research, and future directions. *Handbook of Child and Adolescent Sexuality* (pp. 21-40). United State: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-387759-8.00002-7>
- Byiers, B.J., Reichle, J., & Symons, F.J. (2012). Single-subject experimental design for evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4). 397-414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0036\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0036))
- Caballero-Suárez, N.P., Candela, I.M., Rodríguez, E.E., Reyes-Terán, G., & Riveros-Rosas, A. (2019). Effects of cognitive-behavioural therapy on anxiety, depression and condom use in people with HIV in Mexico City: a pilot study. *Psychology, Health & Medicine*, 24(1), 115-125. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1503694>
- Candelaria, M.C., García, C.I., & Estrada, A.B.D. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle, & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Cazabat, H.E. (2013). De clínico a investigador: La aplicación de diseños experimentales de caso único al contexto clínico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 239-248. Recuperado de <https://www.revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=229>
- Chávez, B.M., & Tron, A.R. (2014). Los índices descriptivos en los diseños N = 1. En M. Chávez, & R. Tron, *Análisis Descriptivo en Psicología: Aspectos Metodológicos y Estadísticos*. México: UNAM.
- Clifford, S., Barber, N., Elliott, R., Hartley, E., & Horne, R. (2006). Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. *Pharmacy World & Science*, 28(3), 165-170. <https://doi.org/10.1007/s11096-006-9026-6>
- Duan, N., Kravitz, R.L., & Schmid, C.H. (2013). Single-patient (n-of-1) trials: a pragmatic clinical decision methodology for patient-centered comparative effectiveness research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(8), 21-28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.04.006>
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Behavioral assessment. In. N.J. Smelser & P.B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 1090-1094). United States: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01290-0>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). La observación. En R. Fernández-Ballesteros

- (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, método y estudio de casos* (pp. 193-234). España: Ediciones Pirámide.
- Follette, W.C. (2001). Single-case Experimental Designs in Clinical Settings. In N.J. Smelser, & P.B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 14110-14116). United States: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/01331-0>
- Foster, L.H. (2010). A best kept secret: Single-subject research design in counseling. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 1(2), 30-39. <https://doi.org/10.1177/2150137810387130>
- Gage, N.A., & Lewis, T.J. (2013). Analysis of Effect for Single-Case Design Research. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25(1), 46-60. <https://doi.org/10.1080/10413200.2012.660673>
- García, F.R., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.500>
- Global Initiative for Asthma. (2019). *Global strategy for asthma management and prevention*. Recuperado de www.ginasthma.org
- Gómez-Penedo, J.M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281927588009>
- Goodwin, C.J. (2010). *Research in psychology methods and design*. United States: John Wiley & Sons.
- Greenwald, A., Roose, K., & Williams, L. (2015). Applied behavior analysis and behavioral medicine: History of the relationship and opportunities for renewed collaboration. *Behavior and Social Issues*, 24(1), 23-38. <https://doi.org/10.5210/bsi.v24i0.5448>
- Guillen, C. (2019). *Efectos de una intervención cognitivo conductual dirigida a pacientes con sintomatología depresiva y asma no controlada*. (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hayes, S.C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 193-211. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.2.193>
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59,

- 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, D.W., & Johnston, M. (2013). Useful theories should apply to individuals. *British Journal of Health Psychology*, 18, 469-473. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12049>
- Johnston, J.M., & Pennypacker, H.S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Juniper, E., Guyatt, G., Cox, F., Ferrie, P., & King, D. (1999). Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *European Respiratory Journal*, 14(1), 32-38. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3003.1999.14a08.x>
- Kanfer, F.H., & Phillips, J.S. (1977). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Editorial Trillas.
- Kazdin, A.E. (1978). Methodological and interpretive problems of single-case experimental designs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(4), 629-642. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.4.629>
- Kazdin, A.E. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Kerlinger, F.N., & Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kratochwill, T.R., Hitchcock, J., Horner, R.H., Levin, J.R., Odom, S.L., Rindskopf, D.M., & Shadish, W.R. (2010). *Single-case designs technical documentation*. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED510743.pdf>
- Kwasnicka, D., Inauen, J., Nieuwenboom, W., Nurmi, J., Schneider, A., Short, C.E., Dekkers, T., ... Naughton, F. (2019). Challenges and solutions for N-of-1 design studies in health psychology. *Health Psychology Review*, 13(2), 163-178. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1564627>
- Landa-Ramírez, E., Greer, J.A., Sánchez-Román, S., Manolov, R., Salado-Avila, M. M., Templos-Esteban, L.A., & Riveros-Rosas, A. (2020). Tailoring Cognitive Behavioral Therapy for depression and anxiety symptoms in Mexican terminal cancer patients: A Multiple Baseline Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 54-67. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09620-8>
- Ledford, J.R., Lane, J.D., & Severini, K.E. (2017). Systematic use of visual analysis for assessing outcomes in single case design studies. *Brain Impairment*, 19(1), 4-17. <https://doi.org/10.1017/BrImp.2017.16>
- Lillie, E.O., Patay, B., Diamant, J., Issell, B., Topol, E.J., & Schork, N.J. (2011). The n-of-1 clinical trial: the ultimate strategy for individualizing medicine? *Personalized Medicine*, 8(2), 161-173. <https://doi.org/10.2217/pme.11.7>
- Lundervold, D.A., & Belwood, M.F. (2000). The best kept secret in counseling:

- Single-Case (N = 1) Experimental Designs. *Journal of Counseling & Development*, 78(1), 92-102. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb02565.x>
- Manolov, R. (2017). Linear trend in single-case visual and quantitative analyses. *Behavior Modification*, 42(5), 684-706. <https://doi.org/10.1177/0145445517726301>
- McDonald, S., Quinn, F., Vieira, R., O'Brien, N., White, M., Johnston, D. W., & Sniehotta, F.F. (2017). The state of the art and future opportunities for using longitudinal n-of-1 methods in health behaviour research: a systematic literature overview. *Health Psychology Review*, 11(4), 307-323. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1316672>
- McDonald, S., Vieira, R., & Johnston, D. W. (2020). Analyzing N-of-1 observational data in health psychology and behavioural medicine: a 10-step SPSS tutorial for beginners. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 32-54. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1711096>
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental: Métodos de investigación*. México: Prentice-Hall.
- Miles, C., Arden-Close, E., Thomas, M., Bruton, A., Yardley, L., Hankins, M., & Kirby, S.E. (2017). Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 1-21. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0056-4>
- Miles, S., Brown, G., Corfe, A., Hallett, C., Wingrove, J., Wheatley, J., & Veale, D. (2019). Time-intensive behavioural activation for depression: A multiple baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.12.008>
- Miltenberger, R.G. (2013). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos*. España: Ediciones Pirámide.
- Moriana, J.A., & Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>
- Morley, S. (2015). Single cases are complex Illustrated by Flink et al. 'Happy despite pain: A pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain'. *Scandinavian Journal of Pain*, 7(1), 55-57. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.02.004>
- Morley, S. (2018). *Single case methods in clinical psychology: A practical guide*. London: Routledge.
- Nock, M.K., Belle-Janis, I., & Weding, M.M. (2008). Research designs. In A.M. Nezu, & C.M. Nezu (Eds.), *Evidence-based*

- outcome research: a practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 201-218). New York: Oxford.
- Normand, M.P. (2016). Less is more: Psychologists can learn more by studying fewer people. *Frontiers in Psychology*, 7, 934. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00934>
- O'Connor, C.M. (2019). N-1 and sequencing clinical heart failure trials: Charting the path for future clinical care. *JACC: Heart Failure*, 7(12). <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2019.10.006>
- Parker, R.I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Parker, R.I., Vannest, K.J., & Davis, J.L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>
- Parker, R.I., Vannest, K.J., Davis, J.L., & Sauber, S. B. (2011). Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Pedroza, F., Galán, S., Martínez, K., Oropeza, R., & Ayala, H. (2002). Evaluación del cambio clínico en las intervenciones psicológicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 73-84.
- Reyes, J.K., & González-Celis, A.L.M. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 9(1), 15-23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1709>
- Rothwell, P.M. (2005). External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?" *The Lancet*, 365(9453), 82-93 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17670-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17670-8)
- Roussos, A.J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-170. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921790006.pdf>
- Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>
- Shadish, W.R. (2014). Statistical analyses of single-case designs: The shape of things to come. *Current Directions in Psychological Science*, 23(2), 139-146. <https://doi.org/10.1177/0963721414524773>
- Sidman M. (1973). *Tácticas de Investigación científica. Evaluación de datos*

experimentales en Psicología. Barcelona: Editorial Fontanella.

Smith, J.D. (2012). Single-case experimental designs: a systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17(4), 510. <https://doi.org/10.1037/a0029312>

Söderlund, A., & Lagerlöf, H. (2016). An individually tailored behavioral medicine treatment in physical therapy for tension-type headache - two experimental case studies. *Journal of Pain Research*, 9, 1089-1099. <https://doi.org/10.2147/JPR.S121609>

Tate, R., McDonald, S., Perdices, M., Togher, L., Schultz, R., & Savage, S. (2008). Rating the methodological quality of single-subject designs and n-of-1 trials: Introducing the Single-Case Experimental Design (SCED) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010802009201>

Tron, R., Avila-Costa, M.R., & Reynoso-Erazo, L. (2014). Evaluación psicológica. En L. Reynoso-Erazo, & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 83-99). Hermosillo: Qartuppi.

Vannest, K.J., & Ninci, J. (2015). Evaluating intervention effects in single-case research designs. *Journal of Counseling & Development*, 93(4), 403-411. <https://doi.org/10.1002/jcad.12038>

Vannest, K.J., Parker, R.I., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). *Single Case Research: web based calculators for SCR analysis*. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University.

Vieira, R., McDonald, S., Araújo-Soares, V., Sniehotta, F.F., & Henderson, R. (2017). Dynamic modelling of n-of-1 data: powerful and flexible data analytics applied to individualised studies. *Health Psychology Review*, 11(3), 222-234. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1343680>

Zurita-Cruz, J.N., Márquez-González, H., Miranda-Novales, G., & Villasís-Keever, M.Á. (2018). Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. *Revista Alergia México*, 65(2), 178-186. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i2.376>

Capítulo 3

Obesidad, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2

Antonio Rosales Arellano, Sandra Angélica Anguiano Serrano y Leonardo Reynoso Erazo

En las últimas décadas, la prevalencia de obesidad se ha incrementado de manera dramática y, en la actualidad, alcanza proporciones epidémicas. Simplemente, hay que señalar que esta se ha duplicado entre 1980 y 2008. De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), en el año 2016, 39% de los adultos presentaban sobrepeso u obesidad, condición por la que, acompañada de sus consecuencias, cada año mueren 28 millones de personas alrededor del mundo.

Durante finales del siglo XIX y la primera parte del siglo pasado, el sobrepeso no preocupaba a los médicos; por el contrario, Dawber (1980) señalaba que “Hace una centuria el riesgo de morir por una enfermedad infecciosa era más probable que por otras por lo que presentar un grado moderado de exceso de peso era algo médicamente deseable” (p.228). Los nutriólogos de la época promovían una sobre nutrición que ayudara a la población a resistir dichas enfermedades. Sin embargo, factores

de riesgo a la salud como la aterosclerosis o el cáncer suelen ser consecuencia de esa sobre nutrición. En la actualidad, se acepta que el sobrepeso limita la expectativa de vida; por lo tanto, los médicos se preocupan por el incremento de peso y procuran que sus pacientes se encuentren por debajo del supuesto peso ideal de una o más generaciones previas.

La obesidad es un problema complejo, por mucho tiempo ha sido considerada como factor de riesgo para otras enfermedades, particularmente para las no transmisibles. Se ha discutido sobre si la obesidad debiera ser considerada como una enfermedad, ya que puede presentarse con o sin comorbilidades. En los últimos años, la OMS y la *American Medical Association* han declarado a la obesidad como una enfermedad, debido a que las personas que la padecen se encuentran en riesgo de desarrollar problemas como hipertensión arterial, hiperglicemia o hipercolesterolemia, además de incrementar el riesgo de mortalidad (Bray,

Kim, & Wilding, 2017; Kyle, Dhurandhar, & Allison 2016; Lobstein, Brinsden, Gill, Kumanyika, & Swinburn, 2017).

La obesidad se mide a través del cálculo de índice de masa corporal (IMC), el cual es el resultado de dividir el peso (expresado en kilogramos) entre la estatura elevada al cuadrado (expresada en metros).

En nuestro país contamos con datos obtenidos por las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) que se realizan periódicamente. En la tabla 1, se muestran las cifras de IMC expresadas en porcentos por sexo y tomadas de las encuestas de 2006 a 2018.

minución de las lipoproteínas de alta densidad e hiperglicemia. Se asocia con el aumento de riesgo de padecer, además de diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura (Gami et al., 2007; Haffner, 2006).

Este síndrome fue descrito originalmente por Kylin en 1923, posteriormente por Vague (1947), quien identificó que la adiposidad se asociaba con anomalías metabólicas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular. En la conferencia Banting de 1988, Reaven utilizó el término *síndrome X* y estableció la relevancia de este, aunque no incluyó a la obesidad. En 1989, Kaplan lo renombró como el *cuarteto*

Tabla 1
Porcentajes de sobrepeso y obesidad por sexo en las encuestas ENSANUT de 2006 a 2018

	Hombres		Mujeres	
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
ENSANUT 2006	42.5	24.2	37.4	34.5
ENSANUT 2012	42.6	26.8	35.5	37.5
ENSANUT 2016	41.7	27.7	37	38.6
ENSANUT 2018	42.5	30.5	36.6	40.2

Nota: Elaboración propia con datos de Gutiérrez et al., 2012; Instituto de Salud Pública, 2016, 2018; Olaiz-Fernández et al., 2006.

El sobrepeso y la obesidad deben preocuparnos, ya que frecuentemente se acompañan del síndrome metabólico (SM), que se caracteriza por la presencia de factores cardiometabólicos de riesgo que incluyen obesidad abdominal, elevación de los triglicéridos, dis-

de la muerte (como se citó en Alberti, Zimmet, & Shaw, 2006).

La presencia del SM es un fuerte predictor de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cardiovascular y muerte; el incremento del riesgo inicia con la presencia de al menos

un componente del síndrome (Alberti et al., 2006; Ho et al., 2008), de allí nuestro interés por referirlo como historia natural. Además, Ärnlov, Ingelsson, Sundström y Lind (2010) señalaron que el SM es un factor de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular y ulterior muerte independientemente del IMC.

De acuerdo con Beltrán-Sánchez, Harhay, Harhay y McElligott (2013), en la unión americana, más del 50% de los adultos de 60 años y más cumplen los criterios para ser etiquetados como poseedores del SM; quienes tienen la mayor prevalencia son las mujeres de origen México-Americano sobre los de raza negra o caucásicos, por lo que este síndrome, al igual que la diabetes, seguramente tiene mayor presencia en nuestra población indígena y mestiza, otro motivo más para manifestar nuestro interés por el mismo.

Existe un vacío en la literatura sobre el impacto a largo plazo de distintas combinaciones de IMC y SM. Lo anterior debe preocuparnos, ya que existen reportes previos que sugieren un periodo de 10 a 15 años antes de que se vuelva evidente el impacto del síndrome metabólico (Sundstrom et al., 2006). Por lo anterior, se justifica la detección temprana de factores de riesgo y el diseño y aplicación de intervenciones preventivas que permitan disminuir el riesgo, pero que además se mantengan en el tiempo.

En 1993, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, se identificó una prevalencia nacional de SM de aproxi-

madamente 30% en la población de 20 años y más. Recientemente, en una población de adultos de la ciudad de México sin diagnóstico de diabetes mellitus, se obtuvo una prevalencia de 43%.

La creciente epidemia de enfermedades crónicas en México, especialmente de las enfermedades asociadas a la obesidad, como la diabetes y la hipertensión arterial, anticipan un desarrollo explosivo del SM. Estas cifras nos obligan al desarrollo de estrategias de control de los riesgos asociados a este síndrome y a la capacitación del personal de salud para la atención de las personas afectadas, cuyo número crecerá de manera importante en las décadas por venir. (Secretaría de Salud, 2007, p.28)

Utilizando el modelo probabilístico de la historia natural de la enfermedad, resulta sencillo plantear que la alimentación excesiva en carbohidratos y grasas, reducida en frutas y verduras, aunada al sedentarismo como parte del estilo de vida, hace que el peso corporal incremente y desemboque progresivamente hacia sobrepeso y, posteriormente, obesidad, que conjuntada con aspectos hereditarios y genéticos, permite el desarrollo del SM, el cual en el transcurso del tiempo podría culminar con la aparición de la diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

En 2014, el 8.5% de los adultos tenía diabetes. En 2015, fallecieron 1.6 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes y los niveles altos de glucemia fueron la causa de otros 2.2 millones de muertes en 2012.

La diabetes se clasifica de la siguiente forma (OMS, 2020a):

- **Diabetes tipo 1** (DM1, también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia), se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.
- **Diabetes tipo 2** (DM2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la

edad adulta), se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe, en gran medida, a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

- **Diabetes gestacional** (DG), se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos tienen mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

La DM2 es una de las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes en la práctica clínica; además de los pacientes diabéticos conocidos, muchos individuos con niveles séricos elevados de glucosa permanecen no diagnosticados.

Ante estas condiciones, la *American Diabetes Association* (ADA, 2020a) actualizó sus recomendaciones para el diagnóstico de DM2, que incluye el nivel de hemoglobina glucosilada como un medio para el diagnóstico de DM2. Los criterios de la ADA son los siguientes:

- Niveles de hemoglobina glucosilada de 6.5% o más.
- Niveles séricos de glucosa en ayunas de 126 mg/dl o mayores.
- Niveles séricos de glucosa a las 2 horas después de una carga de 75 gramos por vía oral de 200 mg/dl
- Niveles séricos de glucosa de 200 mg/dl o más en pacientes con síntomas de hiperglicemia.

En ausencia de síntomas de hiperglicemia, las primeras tres opciones deben ser confirmadas con pruebas repetidas. Los beneficios potenciales de utilizar hemoglobina glucosilada en el diagnóstico inicial de DM2 incluye la capacidad de practicar la prueba sin estar en ayunas y con menor posibilidad de alteraciones por estrés o enfermedad. Aquellos pacientes con niveles de hemoglobina glucosilada entre 5.7% y 6.4% deben ser considerados como prediabéticos y deben recibir consejo y cambio de estilo de vida.

Los individuos asintomáticos con sobrepeso, obesidad u otros riesgos para desarrollar DM2 deben ser evaluados con las pruebas antes mencionadas; la evaluación debe iniciar a los 45 años y las pruebas subsecuentes deben

continuarse en intervalos de tres años (ADA, 2020a).

Todas las mujeres embarazadas, excepto aquellas con bajo riesgo de presentar diabetes gestacional, deben ser evaluadas entre las 24 y 28 semanas de gestación. El nivel de bajo riesgo se define por la edad (menor de 25 años), condiciones de normalidad previas al embarazo, que sea de un grupo étnico de bajo riesgo de padecer diabetes y sin factores de riesgo personales de diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional deben ser evaluadas de 6 a 12 semanas después del parto y de manera intermitente de allí en adelante (ADA, 2020a).

Complicaciones de la diabetes

La DM2 puede desembocar en distintas complicaciones agudas y crónicas. Las complicaciones crónicas son el resultado del daño progresivo a los vasos sanguíneos. Estas complicaciones son agrupadas como *microvasculares*, debido al engrosamiento de la membrana basal, o *macrovasculares*, debido a la aterosclerosis acelerada. Las complicaciones macro y microvasculares de mayor importancia se presentan en la tabla 2.

¿Cómo se trata el SM?

El manejo del SM involucra la promoción de un estilo de vida saludable por medio de restricciones calóricas, incremento de la actividad física y mejora de la composición alimentaria. Tales estrategias han mostrado reducción de la prevalencia del SM de entre 40 y 80% y pue-

Tabla 2
 Complicaciones macro y microvasculares por la DM2

Microvasculares	Retinopatía diabética: daño progresivo de la retina que puede provocar pérdida progresiva de la visión, llegando incluso a la ceguera.
	Nefropatía diabética: pérdida progresiva de la filtración glomerular, albuminuria e hipertensión. Estos cambios se desarrollan lentamente al paso de los años y es la causa más común de insuficiencia renal.
	Neuropatía diabética: caracterizada por la pérdida progresiva de fibras nerviosas. Los pacientes tienen disminución de la sensibilidad en sus extremidades, particularmente en las inferiores, con riesgo de presentar lesiones, fracturas e infecciones que pueden derivar en úlceras o gangrena.
Macrovasculares	Hipertensión arterial por endurecimiento de los vasos sanguíneos.
	Cardiopatía hipertensiva por crecimiento del corazón que trata de vencer la resistencia elevada por el endurecimiento vascular.

den mejorar el perfil inflamatorio. La pérdida de peso se encuentra asociada con reducción en los biomarcadores inflamatorios. También se ha observado que el ejercicio aeróbico reduce la inflamación. Entonces, los programas preventivos diseñados para prevenir la probabilidad de aparición de diabetes mellitus o enfermedad cardiovascular en personas con sobrepeso u obesidad y alguna de las características del SM deben dirigirse a realizar cambios en la alimentación, reduciendo cantidad y modificando el tipo de alimentos, además de promover la actividad física, eliminar el uso de tabaco, reducir las cantidades de consumo de alcohol y manejar el estrés cotidiano.

La pérdida de peso resultante de la modificación del estilo de vida, incluyendo la práctica de ejercicio físico, es de extrema importancia. La adhesión al tratamiento es

también de suma importancia en el éxito del tratamiento del SM. Es un proceso multifactorial que se establece mediante una asociación entre los profesionales de la salud y el paciente, que abarca aspectos que van desde la frecuencia de las atenciones, el reconocimiento, la aceptación y la adaptación de su condición de salud, la identificación de hábitos de riesgo, el cultivo de actitudes que generen la calidad de vida necesaria, el desarrollo de la conciencia para cuidarse a sí mismo y el mantenimiento de la salud. Los enfermos crónicos tienen una menor adhesión al tratamiento, ya que los sistemas terapéuticos –muchas veces complejos– exigen un gran empeño por parte del paciente y deben ser seguidos continuamente. El tratamiento del paciente con enfermedad crónica debe tener, como eje central, el suministro de las herramientas necesarias

para proporcionar la instrumentalización que el control de la enfermedad requiere, favoreciendo la adaptación a esa condición (Busnello, Bodanese, Pellanda, & Santos, 2011).

A la fecha, se acepta que quien camina menos de 5000 pasos al día debe ser considerado como persona con conducta sedentaria, mientras que entre 8000 a 10 000 pasos por día sugieren un estilo de vida más activo. Se pueden utilizar podómetros, relojes o teléfonos celulares para evaluar los comportamientos de actividad física de las personas, además funcionan como una herramienta de retroalimentación para incrementar dicha actividad. La meta puede ser alcanzar los 10 000 pasos o bien, un incremento de entre 2000 a 4000 pasos al día por arriba de la línea base para conseguir disminución del peso (Swift, Johannsen, Lavie, Earnest, & Church, 2014).

De acuerdo con Gellert et al. (2020), se ha observado una asociación entre adiposidad total y enfermedad cardiovascular, además, se han realizado estudios para evaluar el efecto de reducir la adiposidad y su consecuencia en la reducción de enfermedad cardiovascular. Estos mismos autores utilizaron un modelo estadístico para estudiar si la reducción de adiposidad medida a través del IMC o de la CC disminuiría la probabilidad de aparición de enfermedad cardiovascular; señalan que las reducciones en adiposidad fueron consistentes con los cambios clínicamente recomendados de reducir entre 5 y 10% de peso.

Manejo de la DM2

Con relación al tratamiento de los pacientes con DM2, la meta es mantener los niveles de hemoglobina glucosilada por debajo de 7%; aquellos pacientes recién diagnosticados, sin enfermedad cardiovascular y con buena expectativa de vida pueden ser considerados para un control de hemoglobina glucosilada más estricto. Todos los pacientes con DM2 deben recibir educación nutricional, preferentemente por un nutriólogo. Los programas de salud deben incluir un programa psicológico de automanejo de la DM2.

Los pacientes con DM2 deben ejercitarse –al menos– 150 minutos a la semana, con una intensidad de entre el 50 y 70% de la frecuencia cardíaca máxima. Los ejercicios deben incluir entrenamiento de resistencia tres veces a la semana, en ausencia de contraindicaciones para este tipo de ejercicio (es decir, pacientes sin hipertensión arterial). La tensión arterial de los pacientes con DM2 debe estar por debajo de 130 mm Hg para la sistólica y de 80 mm Hg para la diastólica; los regímenes antihipertensivos deben incluir –de ser posible– un antagonista del sistema renina-angiotensina.

El perfil de lípidos séricos debe medirse anualmente, pero si los valores de LDL colesterol son menores que 100 mg/dl, la evaluación de lípidos puede realizarse cada dos años.

La terapéutica con aspirina debe establecerse en aquellos pacientes con riesgo cardiovascular; se deben incluir a todos aquellos pacientes varones mayores de 50 años y mu-

jeros menores de 60 si tienen DM2 y, además, un factor de riesgo cardiovascular. Los riesgos incluyen hipertensión, dislipidemia, albuminuria, historia familiar de enfermedad cardiovascular o la conducta de fumar.

Los pacientes con DM2 deben ser revisados cuidadosamente en su fondo de ojo; esto debe incluir la dilatación pupilar. El examen de la retina debe ser practicado anualmente en aquellos pacientes con riesgo bajo y cuyo examen de fondo de ojo haya resultado normal en el pasado.

La terapéutica con insulina debe iniciarse en enfermos en estado crítico, cuando los niveles de glucosa se encuentren por encima de 180 mg/dl o mayores. El manejo de estilo de

vida se erige como un elemento fundamental para el tratamiento integral de la diabetes e incluye automanejo, educación, terapia de nutrición, actividad física, consejo para dejar de fumar e intervención psicológica (ADA, 2020a; 2020b; 2020c).

Existe evidencia suficiente para señalar que el manejo de la obesidad puede retrasar la progresión de prediabetes a DM2; además, puede ser benéfico en el tratamiento de la diabetes. En pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad, modestas reducciones de peso, pero sostenidas, han mostrado mejorar el control glicémico y con ello se reduce la necesidad de medicamentos (ADA, 2020c).

En la tabla 3 y 4, se señalan algunas recomendaciones de la ADA (2020b).

Tabla 3
Recomendaciones para el autocuidado de pacientes con DM2

De acuerdo con los estándares nacionales para el automanejo de la DM2, todas las personas con DM2 deben participar en programas educativos de automanejo, así como recibir el soporte necesario para facilitar el conocimiento, la toma de decisiones y las habilidades, destrezas y competencias necesarias para el adecuado automanejo.
Existen cuatro momentos críticos para evaluar y ajustar las competencias del autocuidado de la DM2: al momento del diagnóstico, anualmente, cuando se presenten complicaciones y cuando existan transiciones en el cuidado del paciente.
Los resultados clínicos, las condiciones generales de salud y el bienestar son las metas del autocuidado y deben ser evaluadas como parte integral del proceso de atención al paciente.
La educación en autocuidado debe individualizarse, aunque puede ofrecerse de manera individual o grupal y debe ser del conocimiento del equipo de salud.

Nota: Tomado de “Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020” por ADA, 2020b, *Diabetes Care*, 43, pp. s48-s49.

Tabla 4
Recomendaciones para la evaluación y tratamiento de aspectos psicosociales en pacientes con DM2

Los aspectos psicosociales deben tratarse mediante acciones colaborativas centradas en las necesidades del paciente, con el propósito de optimizar los resultados en materia de cuidado de la salud y calidad de vida.
Debe realizarse una evaluación de todos los pacientes con DM2 que debe incluir, entre otras cosas, actitudes hacia la diabetes, expectativas del manejo médico y resultados, búsqueda de alteraciones del estado de ánimo, calidad de vida general y, en relación con la diabetes, recursos de los que disponga el paciente (financieros, sociales y emocionales) e historia psiquiátrica.
Los proveedores de servicios de salud deben considerar la evaluación de los pacientes por síntomas de distrés, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y capacidades cognitivas, utilizando herramientas apropiadas, validadas y estandarizadas al momento de la visita inicial del paciente, a intervalos periódicos, y cuando haya cambios en la enfermedad, el tratamiento o en diversas circunstancias de la vida. Se recomienda incluir a los cuidadores y familiares en esta evaluación.
Se debe considerar la evaluación en adultos mayores de 65 años con diabetes, buscando depresión y alteraciones cognitivas.
Se debe monitorear rutinariamente a las personas con diabetes en lo referente a distrés, particularmente cuando las metas de tratamiento no se alcanzan, o bien cuando inicia alguna complicación.

Nota: Tomado de “Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020” por ADA, 2020b, *Diabetes Care*, 43, p. s57.

Comportamiento y enfermedades metabólicas

Engel (1977) fue uno de los primeros en señalar la importancia del factor comportamental en el proceso de mantenimiento, pérdida y recuperación de la salud, teniendo como ejemplo enfermedades relacionadas con la psiquiatría, pero también enfermedades como la DM2; observó que patrones de comportamiento diferentes lograban efectos diferentes en el estado de salud de los pacientes, mostrando así que la salud no es solo un asunto estrictamente biomédico, sino que se relaciona con factores psicológicos y sociales.

Con respecto a los comportamientos relacionados con enfermedades metabólicas como la obesidad, el SM o la DM2, la actividad física y los hábitos de alimentación son particularmente relevantes. Cristi et al. (2019) realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar la relación entre los niveles de actividad física y sedentarismo con la presencia de SM, con una muestra de 5040 participantes de la Encuesta Nacional de Salud de Chile, que fueron clasificados en cuatro categorías mediante una combinación entre niveles de actividad física y sedentarismo, observando una menor probabilidad de presentar SM en las categorías que

cumplen con las recomendaciones internacionales de actividad física.

Por su parte, Lorenzini, Betancur, Chel, Segura y Castellanos (2015), en un estudio realizado con 178 estudiantes universitarios, a quienes se les tomaron medidas antropométricas de peso, altura, circunferencia de cintura (CC), circunferencia de cadera, composición corporal, presión arterial y se les evaluó nivel de actividad física así como hábitos alimenticios, observaron que el 48.87% de los participantes presentaban obesidad en grado 1 o 2, asociándose con cifras elevadas de tensión arterial y hábitos de alimentación como no realizar desayuno, dedicarle poco tiempo al consumo de alimentos, el consumo elevado de comida rápida, así como el consumo de tabaco que resultó ser un factor de riesgo que afecta negativamente el estado nutricional.

Estos factores también son relevantes en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. Romero, Díaz y Romero (2011) evaluaron el estilo y calidad de vida de 150 pacientes con DM2 provenientes de unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En este estudio, la calidad de vida se caracterizó ajustándose a la definición de la OMS, evaluándola en cinco dominios, a saber: dieta, actividad física, toxicomanías, autoestima y apego al tratamiento. La calidad de vida se evaluó según seis aspectos: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente (que incluye recursos financieros, seguridad y ambiente físico)

y espiritualidad. Los resultados mostraron que los dominios de estilos de vida se asocian positivamente con respecto a los aspectos evaluados de calidad de vida.

Los estudios anteriores son una muestra de la importancia del comportamiento en el proceso de salud-enfermedad en los padecimientos metabólicos, sobre todo los relacionados con actividad física, alimentación y sedentarismo. Por ello, no es de extrañar que la OMS (2020) los considere como causantes del sobrepeso y la obesidad. De igual forma la ADA (2020), en su guía de estándares de los cuidados médicos en diabetes, resalta la importancia de estos tres elementos tanto para su prevención como para su evaluación y tratamiento.

En cuanto a la nutrición, esta se entiende como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. La OMS (2018b) menciona que la ingesta calórica debe estar equilibrada con el gasto calórico para evitar un aumento malsano de peso; por ello, la descripción de una dieta sana en adultos incluye:

- Frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (tales como maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno, no procesados).
- Al menos 400 g (o sea, cinco porciones) de frutas y hortalizas al día, excepto papas, camote, yuca y otros tubérculos feculentos.

- Menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, que equivale a 50 g (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día, aunque para obtener beneficios de salud adicionales lo ideal sería un consumo inferior al 5% de la ingesta calórica total.
- Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes tales como vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugiere reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar.
- Menos de 5 g (equivalente a una cucharadita) al día de sal que debería ser yodada.

En cuanto a la actividad física, esta se entiende como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía, incluyendo actividades como trabajar, jugar, realizar tareas domésticas o recreativas y no debe confundirse con ejercicio, que es una subcategoría de la actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico.

Según la OMS (2018a), además de realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa o una combinación equivalente de ambas, conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular dos o más días a la semana, de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares. Por su parte, los adultos mayores de 65 años o con problemas de movilidad deben practicar actividad física al menos tres días de la semana. La duración mínima del ejercicio es de 10 minutos. Una forma de incrementar la actividad dentro de la vida cotidiana es preferir la bicicleta o caminar como modo de transporte. Como dato adicional, el ejercicio ha mostrado efectos beneficiosos con respecto a la resistencia a la insulina, la presión arterial, las grasas en sangre, o la trombosis; además, atenúa el envejecimiento y la disfunción autonómica (Fiuza-Luces, Garatachea, Berger, & Lucia, 2013).

Evaluación conductual en el tratamiento de las enfermedades metabólicas

La evaluación conductual es un proceso científico sujeto a reglas, centrado en el caso, que permite la toma de decisiones, ya sea con el objetivo de emitir una valoración sobre el comportamiento del individuo evaluado o de formar parte inicial del proceso de intervención en la modificación del comportamiento. Su procedimiento inicia con la demanda o solicitud del usuario, e incluye la formulación de hipótesis, la recogida de información mediante la administración de las técnicas de recolección de datos pertinentes, el análisis de los datos y la comunicación del informe (Fernández, 2013).

Realizar un tratamiento conductual dirigido a personas que presentan alguna enfermedad metabólica es semejante a la forma de proceder de un mecánico cuando necesita reparar un automóvil, pues antes de realizar algún ajuste o reemplazar una pieza necesita determinar qué falla y qué la provoca. Por ello, para poder seleccionar los procedimientos de modificación comportamental de un paciente es importante responder a dos preguntas *¿Qué está pasando?* y *¿Por qué está pasando?* Para dar respuesta, es necesario tener claridad en qué debemos centrar nuestra atención durante el proceso de evaluación.

En primera instancia, el psicólogo determina cuál es el motivo de consulta, ya sea referido por el propio paciente, por el médico tratante o que se haya identificado durante la

entrevista de primera vez. Algunos ejemplos de motivos de consulta pueden ser la escasa adherencia del paciente al tratamiento farmacológico o la necesidad de realizar modificaciones en el estilo de vida en cuanto a actividad física o hábitos de alimentación. Una vez definido el motivo de consulta, se requiere tener indicadores del estado actual de la problemática del paciente, los cuales pueden ser estrictamente conductuales, pero también antropométricos.

Las medidas antropométricas son aquellas relativas a aspectos físicos de los pacientes. Existen otros métodos para determinar con exactitud la proporción del peso que le corresponde al tejido adiposo, muscular, de agua o de densidad ósea, considerando además la circunferencia de partes del cuerpo como el abdomen, la cadera y la muñeca del brazo; sin embargo, el IMC sigue siendo la medida más práctica.

En el caso de cualquier tipo de diabetes mellitus, la medida relevante será la cantidad de glucosa en sangre (glicemia), la cual puede determinarse mediante una pequeña muestra de sangre obtenida mediante una punción en el dedo y determinada por un glucómetro. Según la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus* (Secretaría de Salud, 2010), se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática

en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia > 200 mg/dl, dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua. Asimismo, la prueba de laboratorio de hemoglobina glicosilada, que permite identificar el nivel promedio de glucosa en sangre durante los últimos tres meses. En esta prueba se recomienda que el valor obtenido se encuentre por debajo del 7.5%.

Por otro lado, si lo que se requiere es establecer el riesgo de una persona a desarrollar diabetes mellitus, la ADA (2020a) tiene una forma rápida para evaluar el riesgo individual de DM2. Consiste en siete preguntas (edad, sexo, presencia de diabetes gestacional en el caso de las mujeres, herencia de diabetes, presencia de hipertensión arterial, actividad física y peso. Quien obtenga un puntaje de 5 o superior se encuentra en riesgo de padecer DM2. En nuestro país, desde el año 2010, se elaboró un instrumento denominado *Diabetómetro conductual* (Cortés, López, Reynoso, & Aguilar, 2014) elaborado para niños; funciona como autoevaluación, permite que el sujeto se dé cuenta de sus factores de riesgo y protección y que lo utilice posteriormente como autorregistro. La tabla 5 presenta el diabetómetro.

En cuanto a la evaluación estrictamente conductual, realizar una descripción detallada de los comportamientos ejecutados por el paciente con relación a sus hábitos de alimentación, actividad física y ajuste a las indicaciones del personal médico permitirá identificar las áreas de oportunidad para la subsecuente in-

tervención. Por su parte, explorar parámetros como la frecuencia, la duración, la intensidad y la topografía de dichas conductas facilita determinar el estado del problema, a la vez de contar con referentes medibles e identificables para el establecimiento de metas. Existen diferentes formas de recolección de datos, pero los más comunes en la evaluación del comportamiento de los pacientes que presentan alguna enfermedad metabólica son la entrevista conductual, los registros y las listas de cotejo. La elección por una o varias estrategias dependerá de los recursos disponibles para el psicólogo y las características particulares del paciente.

Los datos anteriores permiten responder a la pregunta *¿Qué está pasando con el paciente?* Sin embargo, haría falta describir las relaciones funcionales entre la conducta del individuo y las variables psicológicas que lo regulan. El concepto de *análisis funcional* (AF) fue propuesto por Skinner (1953) y consistía en la identificación de las variables ambientales, de las cuales la conducta es función. Con el desarrollo de la psicología, el AF ha evolucionado, se han agregado variables y han surgido variantes. Una de ellas es la que se basa en el modelo secuencial integrativo (Fernández-Ballesteros & Carroble, 1981 como se citó en Salinas, 2012) también conocido como modelo EORC (siglas de Estímulo antecedente, Organismo, Respuestas –en sus tres niveles: motor, fisiológico y cognitivo– y Consecuencias).

Tabla 5
Diabetómetro conductual: categorías y puntajes de los factores de riesgo o protección

Puntajes		Puntajes	
HERENCIA		ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO	
Padre	5	Descontando la escuela, horas al día	
Padre + abuelo	7	dedicadas a leer, ver televisión, uso de	
Padre + abuelo + tío	9	computadora, jugar videojuegos	
Abuelo	3	De 1 a 3 horas al día	4
Tío	2	Más de 4 horas al día	6
IMC			
Bajo	1	Caminar, andar en bicicleta, salir a jugar,	
Sobrepeso	2	jugar en el recreo	
Obesidad	4	De 1 a 3 veces a la semana	-5
Obesidad mórbida	6	Diario	-7
ACANTHOSIS NIGRICANS		Practicar algún deporte como fútbol, ballet,	
ETNIA		natación, karate, etc.	
Ser mexicano	3	Más de 3 veces a la semana	-8
		Menos de 3 veces a la semana	-4
ALIMENTACIÓN Frutas			
No como	2	Frituras	
Tres veces a la semana	-1	Menos de 2 veces por semana	1
Diario	-4	De 2 a 4 veces por semana	3
Más de tres raciones todos los días	-5	Más de 4 veces por semana	5
Verduras o vegetales			
No como	3	Tomar bebidas con alto contenido de azúcar	
Tres veces a la semana	-2	Menos de 2 veces por semana	1
Diario	-5	De 2 a 4 veces por semana	3
Más de 5 raciones todos los días	-6	Más de 4 veces por semana	5
Comida rápida		Dulces	
Menos de 2 veces por semana	1	Menos de 2 veces por semana	1
De 2 a 4 veces por semana	3	De 2 a 4 veces por semana	3
Más de 4 veces por semana	5	Más de 4 veces por semana	5
Pastelitos			
Menos de 2 veces por semana	1	Exceder las raciones diarias de grasa y	
De 2 a 4 veces por semana	3	carbohidratos recomendadas	
Más de 4 veces por semana	5	1 punto por día de exceso a la semana	de 1 a 7
PUNTUACIÓN TOTAL			

Nota: Tomado de “Diabetómetro conductual: una herramienta para incrementar en los niños la percepción de riesgo de la diabetes mellitus” por A. Cortés, M. López, L. Reynoso y V. Aguilar, 2014, *Psicología y Salud*, 24, pp. 20-21.

A pesar de que en este apartado se hizo énfasis en la evaluación conductual relacionada con hábitos de alimentación, actividad física o ajuste a las indicaciones del personal médico, el psicólogo no deberá dejar de lado otras problemáticas psicológicas presentes en los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad metabólica como su nivel de calidad de vida, estrés o depresión como consecuencia del diagnóstico de la enfermedad, su tratamiento o sus complicaciones y las redes de apoyo social disponibles del paciente; asimismo, es posible evaluar el estado psicológico de los cuidadores del paciente. Para estas problemáticas, además del procedimiento de evaluación conductual antes descrito, existen diversas pruebas que pueden ser un apoyo, su elección dependerá de la definición que se haga del constructo medido, su adaptación a la población meta con la que se está trabajando y las características particulares del paciente.

Estrategias de intervención más relevantes en SM

Como se abordó en apartados anteriores, el SM está constituido por una serie de factores de riesgo que se caracterizan por lo siguiente: (a) *dislipidemia aterogénica*, que se refiere a un desorden que se caracteriza por altos niveles de lipoproteínas (grasas) como los triglicéridos; (b) *hipertensión arterial*, que es un incremento de la fuerza con la que la sangre circula por el sistema cardiovascular; (c) *disglucemia*, que es un estado previo a la diabetes tipo II; (d) *esta-*

do protrombótico, que es la alta probabilidad de generar coágulos dentro del torrente sanguíneo; y (e) *estado proinflamatorio*, que se refiere a la tendencia a producir inflamación en el sistema cardiovascular. El conjunto de estos factores incrementa de dos a cinco veces el riesgo de desarrollar diabetes y el riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que un diagnóstico temprano y oportuno es fundamental para la planificación de medidas terapéuticas con el objetivo de prevenir complicaciones en la salud, evitar o retrasar otras comorbilidades y lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente (González, Gómez, Elizondo, Rangel, & Sánchez, 2019).

Partiendo de la premisa anterior, si bien algunos factores de riesgo para el desarrollo del SM son *no modificables* –por ejemplo, la predisposición genética–, existen otros que son *modificables* y que están relacionados con el comportamiento; así que, para lograr una mejoría o prevenir este síndrome, una parte fundamental del tratamiento se tiene que centrar en la modificación de conductas del propio individuo; para llevar a cabo esto, las intervenciones cognitivo conductuales han demostrado ser eficaces para la modificación de estilos de vida relacionados con factores de riesgo que atañen a diversos problemas de salud. En el siguiente apartado, se abordarán los principales factores de riesgo modificables, asociados a comportamientos que favorecen o previenen el SM.

Prevención en el SM

El diagnóstico oportuno del SM adquiere gran relevancia, debido a que quienes lo padecen están en riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular o DM2. Una vez realizado un diagnóstico oportuno y acertado, entonces se pueden tomar medidas para evitar o retrasar la aparición de DM2 o enfermedades cardiovasculares, así como las complicaciones relacionadas a estos padecimientos (Ruiz de Eguilaz et al., 2016). En esta etapa, el psicólogo que trabaja en instituciones hospitalarias debe implementar programas educativos o de intervención para que la población afectada logre modificar conductas relacionadas con hábitos alimentarios y de actividad física para frenar el avance de este síndrome. Aunque esto parezca algo sencillo, el asunto se complica porque a la mayoría de las personas les cuesta trabajo modificar sus estilos de vida, así que solo un experto en conducta puede diseñar estrategias de adherencia al tratamiento.

Programas de modificación de estilos de vida

Entre más tiempo se tenga una conducta sedentaria, existen más posibilidades de desarrollar SM (hasta en un 73%), por lo tanto, se deben implementar medidas para aumentar la actividad física. Las evidencias indican que la estrategia terapéutica enfocada en cambios en el estilo de vida debe sustentarse en dos aspectos primordiales: una dieta que reduzca el ingreso calórico y el incremento de la actividad física para aumentar el gasto calórico;

estas dos estrategias, que implican un cambio comportamental, han demostrado ser eficientes para reducir el impacto del SM sobre la salud, aunque en ocasiones podría ser necesario el uso de medicamentos (Beavers & Nicklas, 2013; Cuevas, Álvarez, & Carrasco, 2011; González et al., 2019; Grundy, 2006; Steffen et al., 2006).

Uno de los estudios más conocidos es el Programa de prevención de la diabetes (DPP), realizado por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos y que ha evidenciado que la modificación de los estilos de vida, a través de la alimentación y la actividad física en personas con intolerancia a la glucosa, son efectivos para prevenir o retrasar la DM2 (Knowler et al., 2016). Para este programa, se formaron tres grupos. En la tabla 6, se pueden observar las características de cada uno y las intervenciones realizadas. Los resultados arrojaron que en el Grupo 1 (Intervención de estilo de vida), se logró una reducción del 58% en el avance de intolerancia a la glucosa, mientras que en el Grupo 2 (metformina), la reducción fue del 31%, con respecto al Grupo 3 (placebo y asesoramiento). Este estudio tuvo una segunda fase opcional (DPPOS), en el que se dio seguimiento intensivo a todos los participantes durante 10 años. En este periodo, desde la autorización de DPP, la incidencia de diabetes se redujo en un 34% en el grupo de estilo de vida y 18% en el grupo de metformina, en comparación con el grupo placebo (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009).

Tabla 6
 Programa de prevención de diabetes (DPP)

Grupo	Características
Grupo 1 Intervención de estilo de vida	Asesoramiento sobre dieta saludable Actividad física moderada (150 minutos por semana) Técnicas de modificación de conducta
Grupo 2 Fármaco y asesoramiento	Metformina (850 mg), 2 veces al día Asesoramiento de dieta y actividad física, pero sin intervención intensiva
Grupo 3 Placebo y asesoramiento	Placebo en vez de metformina Asesoramiento de dieta y actividad física, pero sin intervención intensiva

Nota: Adaptado de “Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin” por Knowler et al., 2002, *The New England Journal of Medicine*, 346.

Por otra parte, Burnet et al. (2005) analizaron los principales programas de cambios de estilo de vida para prevenir diabetes y enfermedades cardiovasculares. Los programas analizados fueron los siguientes: (a) Programa de prevención de diabetes (DPP), (b) Estudio de prevención de diabetes (DPS), (c) Da Qing y estudios de diabetes, y (d) Estudio de factibilidad de Malmö. De acuerdo con la investigación, estos programas enfatizan la importancia de actividad física y cambios alimentarios, mediante el uso de contratos conductuales en torno a objetivos personalizados. El empoderamiento del paciente y la autoeficacia se mejoraron mediante estrategias de autocontrol y autoinformes, donde los participantes registraron sus progresos en la dieta y la actividad física. Además, se reconoció la importancia del contexto familiar y social en los esfuerzos de prevención de la diabetes. En los estudios de

DPP, DPS y Malmö, se involucra a los cónyuges de los sujetos de estudio en las sesiones de asesoramiento individualizadas, ya que se considera a la familia como el contexto social primario para el reconocimiento, la comprensión y el manejo de la diabetes y otras afecciones de salud crónicas. La familia es una fuente clave, ya sea de apoyo o de estrés, y las intervenciones dirigidas a un solo miembro necesariamente afectan a los demás. Por lo tanto, estos estudios buscaron involucrar a los miembros de la familia, en la medida de lo posible, para optimizar los resultados. Según el estudio anterior, se concluye que la diabetes puede prevenirse mediante la modificación del estilo de vida con todas las ventajas que eso implica, ya que los médicos podrían recomendar cambios de comportamiento a pacientes asintomáticos con alto riesgo de diabetes.

Chirinos et al. (2015) implementaron una intervención de cambio de estilo de vida estructurada, en una población hispana de bajos ingresos, adaptando el programa DPP a ese tipo de población; el objetivo principal fue modificar el peso y el metabolismo. Trabajaron sesiones grupales con 120 adultos detectados con SM. La intervención de modificación de estilo de vida estaba compuesta por un plan básico de tres meses de ocho sesiones (cuatro semanales y cuatro sesiones quincenales) seguidas de una fase de mantenimiento. Las sesiones duraban 90 minutos y se enfocaban a lograr una reducción en el peso, cambiando los hábitos alimentarios y aumentando la actividad física a través de la educación, la modificación del comportamiento y el manejo del estrés. Los objetivos calóricos fueron de 1200 a 1500 calorías por día para quienes pesaban menos de 100 kilos y de 1800 a 2000 para más de 100 kilos. No llevaron una dieta estructurada y el ejercicio no estuvo supervisado, pero consistió en caminatas rápidas de 30 minutos. Las metas de dieta y de actividad física, se proporcionaron de acuerdo con las recomendaciones del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP, por sus siglas en inglés). Se solicitó a los participantes registrar su consumo de alimentos y usar un podómetro durante al menos una semana antes de cada sesión. Las sesiones contenían material relacionado con dieta, actividad física y bienestar psicosocial. Se obtuvieron resultados significativos en cuanto a pérdida de peso y reducción de la

glucosa en ayunas. Los cambios se mantuvieron durante 12 meses, pero no se observaron cambios significativos sobre la resistencia a la insulina y otros componentes del SM como tensión arterial y triglicéridos; aunque los resultados fueron modestos, el aporte principal es que fue dirigido a una población vulnerable (minoritaria y de bajos ingresos).

Busnello et al. (2011) diseñaron un ensayo clínico aleatorizado (con duración de cuatro meses). Se formó un grupo de intervención, que recibió un paquete de intervención que incluía una dieta específica, un manual de orientación, asesoramiento vía telefónica y material educativo; y un grupo control, que solo recibió la dieta y la orientación nutricional. En ambos grupos se realizaron evaluaciones antropométricas, evaluación dietética y exámenes bioquímicos. Los resultados arrojaron que los pacientes que estaban más motivados fueron quienes tuvieron una mayor reducción del índice de masa corporal y en la circunferencia de la cintura. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el índice de masa corporal, la glucemia y los triglicéridos. Esa mejoría se observó en los dos grupos; el único factor significativo que se identificó para mejores resultados fue la motivación previa, por lo que esta variable debe ser un factor importante por evaluar y considerar para incluirse en este tipo de intervenciones.

Por otra parte, Radin et al. (2020) realizaron un estudio para identificar las asociaciones de la alimentación compulsiva (AC) y la

alimentación por estrés (AE) en la salud metabólica en 194 adultos con obesidad, así como los efectos basados en una intervención para perder peso. Se formó un grupo de control activo con 94 participantes (psicoeducación y TCC). El otro grupo fue de 100 participantes y recibió un entrenamiento en psicoeducación, más un entrenamiento en control de estrés basado en la atención plena (*mindfulness*). Ambos grupos completaron procedimientos de línea base que incluyeron un examen físico, medición de triglicéridos en ayunas, medidas de composición corporal y evaluaciones de autoinforme de conductas alimentarias. Se re-evaluaron a los participantes sobre la conducta alimentaria y variables metabólicas a los 6, 12 y 18 meses desde el inicio de la intervención. Los participantes con una conducta alimentaria compulsiva basal alta obtuvieron un mayor beneficio en el grupo de alimentación consciente con respecto al nivel de glucosa en la sangre, en comparación con aquellos con una conducta alimentaria compulsiva basal más baja. Los cambios en el estrés y la alimentación compulsiva se asociaron con cambios en los resultados metabólicos y, por lo tanto, se puede reducir el riesgo de deterioro metabólico al participar en una atención plena, por lo que concluyen que, para futuras investigaciones, se debe considerar la posibilidad de adaptar el tratamiento para quienes presentan conductas alimentarias compulsivas al realizar un programa de pérdida de peso.

Zhang et al. (2016) estudiaron los efectos de una intervención de cambios de estilo de vida, utilizando la terapia cognitivo conductual centrada en pacientes con síndrome cardiometabólico (SCM). Se formaron dos grupos (de control y de intervención). Los participantes del grupo control (31 pacientes) solo recibieron una carta explicándoles su asignación grupal y consejos básicos de estilo de vida e información general sobre factores de riesgo de SCM, y además se les enviaban mensajes de texto semanales. Los participantes del grupo de intervención recibieron varios talleres enfocados hacia el cambio de estilo de vida, utilizando terapia cognitiva conductual centrada en el paciente (PC-CBT); se consideraron circunstancias específicas para cada paciente, preferencias individuales, necesidades y valores. Los terapeutas aplicaron la toma de decisiones compartida según la condición específica del paciente y el sistema de valores para el cambio de estilo de vida; además, se les educó sobre el SCM. Se integró un componente de refuerzo conductual durante la intervención, así como meditación, entrenamiento de manejo del estrés y respiración. Después de 12 semanas, el grupo control mostró una modesta mejoría, mientras que el grupo de intervención mostró una mejora significativa en cuanto a disminución de la circunferencia de la cintura, niveles de triglicéridos y presión arterial sistólica.

La implementación de la prevención de la diabetes requiere cambios significativos en su paradigma de abordaje, tanto para los pa-

cientes como para los médicos. Se debe considerar la capacitación de los clínicos para que puedan promover cambios de comportamiento en los pacientes, involucrando también a personas de su entorno.

Conclusiones

La obesidad y el SM son un problema serio de salud pública que, de no atenderse a tiempo, favorece la presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y complicaciones que de estas se derivan, si se deja en curso natural. A pesar de que existen fármacos que pueden ser auxiliares para los pacientes que presentan este problema de salud, lo más importante es la modificación en el estilo de vida, puesto que es la principal estrategia para prevenir que el SM evolucione y traiga repercusiones futuras. Sin embargo, modificar el estilo de vida es una tarea difícil; a pesar de que mucha gente está consciente de su problema y sabe que tiene que modificar sus hábitos comportamentales, no siempre se adhiere al tratamiento médico, o lo hace de manera intermitente sin adoptar hábitos nuevos para el resto de su vida. Es por ello que, esta problemática requiere de un trabajo multidisciplinario, en donde el psicólogo especialista en MC puede aportar técnicas basadas en la evidencia, que ayudará al paciente a adquirir nuevos hábitos y a mantenerlos; y si por alguna razón tiene una recaída, que sepa identificar las variables que la causaron para utilizar las estrategias adecuadas y retomar comportamientos saludables.

Referencias

- Alberti, K.G.M.M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2006). Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, 23, 469-480. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x>
- American Diabetes Association. (2020a). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*, 43 (Suppl. 1), S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>
- American Diabetes Association. (2020b). Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl. 1), S48-S65. <https://doi.org/10.2337/dc20-S005>
- American Diabetes Association. (2020c). Obesity management for the treatment of type 2 diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl. 1), S89-S97. <https://doi.org/10.2337/dc20-s008>
- Ärnlöv, J., Ingelsson, E., Sundström, J., & Lind, L. (2010). Impact of Body Mass Index and the Metabolic Syndrome on the Risk of Cardiovascular Disease and Death in Middle-Aged Men. *Circulation*, 121(2), 230-236. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.887521>

- Beavers, K., & Nicklas, B. (2013). Effects of lifestyle interventions on inflammatory markers in the metabolic syndrome. *Frontiers in Bioscience*, 3, 168-177. <https://doi.org/10.2741/s142>
- Beltrán-Sánchez, H., Harhay, M.O., Harhay, M.M., & McElligott, S. (2013). Prevalence and trends of metabolic syndrome in the adult US population, 1999-2010. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(8), 697-703. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.05.064>
- Bray, G., Kim, K., & Wilding, J. (2017). Obesity: A Chronic Relapsing Progressive Disease Process. A Position Statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews* 18(7), 715-23. <https://doi.org/10.1111/obr.12551>
- Burnet, D., Elliott, L., Quinn, M., Plant, A., Schwartz, M., & Chin, M. (2005). Preventing Diabetes in the Clinical Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 84-93. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0277.x>
- Busnello, F.M., Bodanese, L.C., Pellanda, L.C., & Santos, Z.E. (2011). Nutrition intervention and the impact on adherence to treatment in patients with metabolic syndrome. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97(3), 217-224. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2011005000077>
- Chirinos, D., Goldberg, R., Llabre, M., Gellman, M., Gutt, McCalla, J., Méndez, A., & Schneiderman, N. (2016). Lifestyle modification and weight reduction among low-income patients with the metabolic syndrome: the CHARMS randomized controlled trial. *Journal Behavioral Medicine*, 39, 483-492. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9721-2>
- Cortés, A., López, M., Reynoso, L., & Aguilar, V. (2014). Diabetómetro conductual: una herramienta para incrementar en los niños la percepción de riesgo de la diabetes mellitus. *Psicología y Salud*, 24(1), 17-24. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/716/1261>
- Cristi, C., Sadarangani, K.P., Garrido, A., Poblete, F., Díaz, X., & Celis, C. (2019). Relación entre niveles de actividad física y sedentarismo con síndrome metabólico. ENS Chile 2009-2010. *Salud Pública de México*, 61(2), 166-173. <https://doi.org/10.21149/8879>
- Cuevas, A., Álvarez, V., & Carrasco, F. (2011). Epidemic of metabolic syndrome in Latin America. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 18, 134-138. <https://doi.org/10.1097/MED.0b013e3283449167>
- Dawber, T.R. (1980). *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*, 374(9702), 1677-1686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61457-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61457-4)

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A change for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fernández, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de caso*. España: Ediciones pirámide.
- Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N. A., & Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology*, 28(5), 330-358.
- Gami, A.S., Witt, B.J., Howard, D.E., Erwin, P.J., Gami, L.A., Somers, V.K., & Montori, V.M. (2007). Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 49, 403-414. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.09.032>
- Gellert, K.S., Keil, A.P., Zeng, D., Lesko, C.R., Aubert, R.E., Avery, C.L., ... Heiss, G. (2020). Reducing the population burden of Coronary Heart Disease by modifying adiposity: estimates from the ARIC Study. *Journal of The American Heart Association*, 9, e012214. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012214>
- González, A., Gómez, J., Elizondo, S., Rangel, P., & Sánchez, M. (2019). *Guía práctica clínica de síndrome metabólico*. México: Asociación Latinoamericana de Diabetes.
- Grundy, S. (2006). Metabolic Syndrome: Connecting and Reconciling Cardiovascular and Diabetes Worlds. *Journal of the American College of Cardiology*, 47, 1093-1100.
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Haffner, S.M. (2006). Relationship of metabolic risk factors and development of cardiovascular disease and diabetes. *Obesity*, 14, 121S-127S. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.291>
- Ho, J.S., Cannaday, J.J., Barlow, C.E., Mitchell, T. L., Cooper, K.H., & FitzGerald, S.J. (2008). Relation of the number of metabolic syndrome risk factors with all-cause and cardiovascular mortality. *American Journal of Cardiology*, 102, 689-692. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2008.05.010>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Resultados Nacionales*. México: INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de Resultados*. México: INSP.
- Knowler, W., Barrett-Connor, E., Fowler, S., Hamman, R., Lachin, J., Walker, E., & Nathan, D.M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346, 393-403. <https://10.1056/NEJMoa012512>

- Kyle, T.K., Dhurandhar, E.J., & Allison, D.B. (2016). Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45(3), 511-20. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004>
- Lobstein, T., Brinsden, H., Gill, T., Kumanyika, S., & Swinburn, B. (2017). Comment: Obesity as a Disease – Some Implications for the World Obesity Federation’s Advocacy and Public Health Activities. *Obesity Reviews*, 18(7), 724-26. <https://doi.org/10.1111/obr.12554>
- Lorenzini, R., Betancur, D.A., Chel, L.A., Segura, M.R., & Castellanos, A.F. (2015). Estado nutricional en relación con el estado de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 94-100. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.8872>
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Actividad física*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Alimentación sana*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Diabetes*. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
- Radin, R., Epel, E., Daubenmier, J., Moran, P., Schleicher, S., Kristeller, J., Hecht, F., & Mason, A. (2020). Do stress eating or compulsive eating influence metabolic health in a mindfulness-based weight loss intervention? *Health Psychology*, 39(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/hea0000807>
- Romero, R.S., Díaz, G., & Romero, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 125-136.
- Ruiz de Eguilaz, M., Batlle, M., Martínez de Morentin, B., San Cristóbal, R., Pérez-Diez, S., & Martínez, J. (2016). Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: Hitos y perspectivas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39, 269-289.
- Salinas, J.L. (2012). Psicología clínica: el enfoque cognitivo conductual. En M.L. Rodríguez & P. Landa (Coord.), *Modelos de psicología clínica* (pp.1-82). México: Editorial PAX.
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html

Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>

Steffen L., Arnett D., Blackburn, H., Shah, G., Armstrong, C., Luepker, R., & Jacobs, D.R. Jr. (2006). Population Trends in Leisure-Time Physical Activity: Minnesota Heart Survey, 1980-2000. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38, 1716-1723. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000227407.83851.ba>

Sundstrom, J., Riserus, U., Byberg, L., Zethelius, B., Lithell, H., & Lind, L. (2006). Clinical value of the metabolic syndrome for long term prediction of total and cardiovascular mortality: prospective, population-based

cohort study. *BMJ*, 332, 878-882. <https://doi.org/10.1136/bmj.38766.624097.1F>

Swift, D.L., Johannsen, N.M., Lavie, C.J., Earnest, C.P., & Church, T.S. (2014). The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.09.012>

Zhang, Y., Mei, S., Yang, R., Chen, L., Gao, H., & Li, L. (2016). Effects of lifestyle intervention using patient-centered cognitive behavioral therapy among patients with cardio-metabolic syndrome: a randomized, controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*, 16(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0398-9>

Capítulo 4

Hipertensión: riesgo cardiovascular, conducta y control de complicaciones

Leonardo Reynoso Erazo, Aarón Villegas Cisneros y María Rosa Ávila Costa

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una enfermedad higiénico-nutricional. La ingesta excesiva de alimentos (por encima de los requerimientos y de los gastos diarios), el consumo suprafisiológico de sal, el consumo excesivo de alcohol y los estresores psicológicos contribuyen al desarrollo de la hipertensión en el mundo (Reynoso, Calderón, & Ruiz, 2009).

Datos epidemiológicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. En 2015, uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres tenían hipertensión. Apenas una de cada cinco personas hipertensas tiene controlado el problema. La hipertensión es una de las causas principales de muerte prematura en el mundo (OMS, 2019).

En México, de acuerdo con la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, la

prevalencia de hipertensión arterial en la población de 20 años o más resultó de 30.8%. En las mujeres, el porcentaje obtenido por diagnóstico médico previo fue mayor (18.7%) que el mismo tipo de diagnóstico realizado en los hombres (11.4%). Una relación inversa se observó en el hallazgo de hipertensión, con 20.1% en hombres y 12.1% en mujeres (Olaiz-Fernández et al., 2006).

Más de 50% de los hombres a partir de los 60 años presenta hipertensión arterial, mientras que, en las mujeres, la afección se presenta en casi 60% para el mismo periodo de edad. Es importante destacar que la mayor parte de los diagnósticos en las mujeres eran ya conocidos por ellas, mientras que la mayor parte de los hombres fueron diagnosticados en el levantamiento de esta encuesta. La distribución de la prevalencia de hipertensión arterial por entidad indica que los estados del sur presentan menor porcentaje de la población con esta enfermedad, en comparación con los estados del centro y del noroeste. Las entida-

des con las prevalencias más altas son Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora (Olaiz-Fernández et al., 2006).

Los datos de la ENSANUT 2012 señalan que la prevalencia de hipertensión arterial se ha mantenido constante en los últimos seis años tanto en hombres (32.4 frente a 33.3%) como en mujeres (31.1 frente a 30.8%) (Gutiérrez et al., 2012), mientras que la ENSANUT 2016 señala que la prevalencia encontrada fue de 25.5% y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de hipertensión arterial entre las regiones geográficas ni entre las localidades rurales y urbanas (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2016).

Las cifras mencionadas dan cuenta de la urgencia y magnitud de este problema de salud en México y el mundo. Pero ¿por qué es tan grave?, ¿qué es la hipertensión arterial y cómo se genera? Antes de ahondar en ello, resulta necesario remitirse al funcionamiento cardiovascular, ya que de antemano se puede sostener que la HAS es una enfermedad que involucra al corazón y los vasos sanguíneos.

De acuerdo con la OMS (2019), las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos y se clasifican en: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías. Las

cardiopatías, entonces, son un grupo de enfermedades del sistema cardiovascular.

Definición y clasificación etiológica de la HAS

La HAS se define y clasifica de acuerdo con la medición de la tensión arterial (TA) y, entonces, se entiende por tensión arterial elevada a la elevación persistente y sostenida de las cifras de la tensión arterial sistólica (TAS) por arriba de 130 milímetros de mercurio (mm Hg), de las cifras de la tensión arterial diastólica (TAD) por arriba de 80 mm Hg o ambas (Whelton et al., 2018a; 2018b). La tabla 1 muestra la clasificación de la HAS, de acuerdo con la propuesta del *American College of Cardiology* y de la *American Heart Association*, mientras que la Secretaría de Salud ofrece la clasificación que se presenta en la tabla 2.

La HAS puede clasificarse en primaria y secundaria, siendo la primaria también denominada esencial. Es una enfermedad multicausal, con propensión hereditaria multigénica, que da origen a fenotipos hipertensivos, que por sí solos generalmente no causan la enfermedad y que requieren de factores de riesgo para el desarrollo de esta, que incluyen la obesidad, la falta de actividad física, la ingesta excesiva de sodio y el consumo de alcohol (Arnett et al., 2019; Secretaría de Salud, 2017).

En la hipertensión secundaria se encuentra un problema médico subyacente; entre las causas de hipertensión secundaria podemos citar las siguientes: enfermedad del parénquima renal (glomerulopatías, tubulopatías y

Tabla 1
Clasificación de la HAS de acuerdo con las cifras de TA

Categoría	TAS		TAD
Normotensión	< 120 mm Hg	y	< 80 mm Hg
Elevada	120 a 129 mm Hg	y	< 80 mm Hg
Hipertensión			
Estadio 1	130 a 139 mm Hg	o	80 a 89 mm Hg
Estadio 2	>140 mm Hg	o	> 90 mm Hg

Nota: TAS = Tensión arterial sistólica; TAD = Tensión arterial diastólica; mm Hg = milímetros de mercurio. Tomado de Whelton et al., 2018a y Whelton et al., 2018b.

Tabla 2
Clasificación de la HAS según la NOM-030-SSA2-2017

Categoría	TAS	TAD
Presión arterial óptima	< 120 mm Hg	< 80 mm Hg
Presión arterial subóptima	120-129 mm Hg	80-84 mm Hg
Presión arterial limítrofe	130-139 mm Hg	85-89 mm Hg
Hipertensión grado 1	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg
Hipertensión grado 2	160-179 mm Hg	100-109 mm Hg
Hipertensión grado 3	180 mm Hg	110 mm Hg

Nota: PAS = Presión arterial sistólica; PAD = Presión arterial diastólica; mm Hg = milímetros de mercurio. Tomado de Secretaría de Salud, 2017.

enfermedades intersticiales), hipertensión re-novascular, aldosteronismo primario, apnea obstructiva del sueño, hipertensión secundaria a uso de drogas o alcohol.

Otras causas poco comunes pueden ser: feocromocitoma, paraganglioma, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, coartación aórtica, hiperparatiroidismo primario, hiperplasia adrenal congénita, acromegalia, hipertensión inducida por medicamentos (glucocorticoides,

antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, inhibidores de las proteasas, complementos dietéticos), hipertensión inducida por estupefacientes y tóxicos (cocaína o plomo) e hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia y eclampsia) (Secretaría de Salud, 2017; Whelton et al., 2018a; 2018b).

¿Estamos midiendo correctamente la TA?

La medición adecuada de la TA se torna como una actividad esencial para el clínico; existen una serie de errores, que podrían ser evitados si siguiéramos correctamente las indicaciones para realizarla, que incluyen tener al paciente sentado y tranquilo al menos cinco minutos previos a la medición, que el brazo en el que se mida la TA se encuentre descansando en alguna mesa, que el brazalete utilizado sea del tamaño adecuado para la longitud y volumen

del brazo del paciente, que el brazalete se encuentre a la altura del corazón del paciente, desinflar el brazalete lentamente.

Se debe enfatizar que una sola lectura de la TA no debe utilizarse como medida de valor diagnóstico, debido a las variaciones que la TA pudiese tener y a los errores que se pueden cometer durante la medición.

Para evitar los errores en la medición de la TA, se presenta los pasos para realizarla correctamente (tabla 3).

Tabla 3
Procedimiento para medir la tensión arterial

Pasos	Instrucciones
1. Prepare al paciente	Permita que su paciente se relaje sentado en una silla, con los pies en el piso y la espalda recargada al respaldo de la silla. Verifique si el paciente evitó bebidas con cafeína, que no haya realizado ejercicio o haya fumado al menos 30 minutos antes de la medición.
2. Utilice la técnica adecuada	Descanse el brazo del paciente sobre un escritorio. Utilice un brazalete de tamaño adecuado para la circunferencia del brazo. Para circunferencia de: • 22 a 26 cm, el brazalete debe ser: 12 x 22 cm • 27 a 34 cm, el brazalete debe ser: 16 x 30 cm • 35 a 44 cm, el brazalete debe ser: 16 x 36 cm • 45 a 52 cm, el brazalete debe ser: 16 x 42 cm Coloque el brazalete en el brazo, a la mitad de este.
3. Tome las mediciones necesarias	Si es paciente de primera vez, mida la TA en ambos brazos, anote las dos lecturas y enfóquese en la lectura mayor. Use el método palpatorio para estimar la obliteración de la arteria radial para la TAS e insufla 20 a 30 mm Hg por arriba de ese punto. Desinfe el brazalete progresivamente (2 mm Hg por segundo) y escuche los sonidos de Korotkoff.
4. Documente adecuadamente la lectura	Registre la TAS al inicio de los sonidos de Korotkoff y la TAD al término de estos, anotando las cifras de la lectura.

5. Promedie las lecturas	Utilice el promedio de dos o más lecturas, obtenidas en dos o más ocasiones para determinar las cifras de TA del paciente.
6. Entregue un documento con las cifras de TA a su paciente	Indique a su paciente verbalmente sobre sus cifras de TA; además, entregue un documento con las cifras obtenidas.

Nota: Adaptado de Muntner et al., 2019; Pickering et al., 2005.

¿Estamos seguros de que el paciente tiene hipertensión?

La TA debe medirse repetidamente a lo largo del día para identificar la presencia de alteraciones o estabilidad de las cifras; a este proceso se le conoce como monitoreo de la TA y puede ser ambulatorio o en casa. El monitoreo es una estrategia de gran utilidad para detectar hipertensión sostenida, enmascarada o hipertensión de la bata blanca. El uso de técnicas ambulatorias para medir la TA repetidamente ofrece un panorama más claro de las cifras de cada paciente, puesto que, en un escenario natural, las cifras podrían estar influenciadas por estrés u otros factores que no emergen durante la consulta (Steptoe & Kivimäki, 2013). La hipertensión enmascarada se presenta en aquel paciente cuyas cifras de TA en el consultorio se encuentran en límites normales, pero que en la vida cotidiana se encuentran elevadas; mientras que, en la hipertensión de la bata blanca, las cifras elevadas se encuentran en el consultorio y el resto del día se mantiene en cifras normales.

Es importante identificar estas variantes, ya que el riesgo de quien padece hipertensión enmascarada es tan elevado como el de quien

tiene hipertensión sostenida, pero es el doble de quien tiene lecturas normales. El problema subyacente consiste en la medición repetida de la TA durante el día, aunque en la actualidad se cuenta con instrumentos de medición y registro que permiten la medición ambulatoria de la TA, entendida como mediciones repetidas en el transcurso del día. De esta forma, puede confirmarse la existencia de hipertensión enmascarada por las cifras de TA elevadas en el transcurso del día y cifras normales en la consulta; mientras que la hipertensión de la bata blanca se presenta a la inversa, es decir, cifras elevadas de TA en el consultorio y cifras normales en el transcurso del día. Además, se puede confirmar la hipertensión sostenida al demostrarse cifras elevadas de TA tanto en el consultorio como en el transcurso del día (Trudel et al., 2020).

Estilo de vida e hipertensión

La hipertensión arterial esencial o hipertensión primaria debe ser vista como un problema de salud pública a nivel mundial, ya que cerca de mil millones de personas tienen cifras elevadas de TA. Además, debemos señalar que la HAS es un factor de riesgo mayor para presentar

enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal, y que el control de la TA en pacientes hipertensos puede reducir la morbilidad y la mortalidad para estas complicaciones (Blaustein et al., 2012; Kearney et al., 2005). Existe acuerdo entre los investigadores en que el exceso de consumo de sal en la alimentación es el factor más controlable responsable de la elevación de la TA en nuestra cultura, a medida que se incrementa la edad de los pacientes.

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones, los mecanismos específicos por los cuales el exceso en la ingesta de sal deriva en elevación de la TA se encuentran pobremente entendidos y generalmente ignorados. Entre las posibles explicaciones se encuentran los mecanismos por los cuales los riñones retienen sal y las manifestaciones asociadas con la elevación de la TA dependiente del sodio, entre las que se pueden citar: el incremento de la actividad nerviosa simpática –que recalibra los mecanismos barorreceptores–, el tono miogénico elevado en los vasos de resistencia hasta el remodelamiento vascular, estrés oxidativo, depósitos de colágeno y endurecimiento de las paredes arteriales (Blaustein et al., 2012; He, Burnier, & MacGregor, 2011; Meneton, Jeunemaitre, de Wardene, & MacGregor, 2005; Sanders, 2009; Whelton et al., 2012).

Desde nuestra perspectiva y aceptando que la ingesta de sodio produce elevación de la TA, entonces, ¿una intervención conductual

mantenida en el tiempo podría revertir estas alteraciones?

Sedentarismo, sobrepeso y obesidad

Durante la primera mitad del siglo pasado no existía preocupación por el sobrepeso; por el contrario, se aceptaba que un grado moderado de exceso de peso era considerado médicamente deseable, ya que ayudaba a enfrentar a las enfermedades infecciosas debilitantes (Dawber, 1980), a pesar de que, desde la década de 1920, se señalaron asociaciones entre peso y cifras de TA y en estudios posteriores se ha confirmado esta asociación.

Actualmente, se acepta que existe una relación positiva entre sobrepeso u obesidad y las cifras de TA y el riesgo de padecer hipertensión; las alteraciones de las cifras de TA tienen una asociación positiva con el cambio de peso. Aunque existen estudios que han examinado este cambio, desde la perspectiva de pérdida de peso y reducción de las cifras de TA, existen pocos datos que informen directamente que el incremento de peso se relaciona con elevación de la TA a nivel individual (Harsha & Bray, 2008).

Historia natural

Con relación a la historia natural de la HAS, podemos señalar que, desde una perspectiva de fisiología patológica, la resistencia elevada que ofrecen los vasos sanguíneos para el paso de la sangre obliga a que el corazón genere mayor

fuerza en su contracción, ello con el propósito de vencer tal resistencia, lo que ocasiona crónicamente crecimiento del corazón, principalmente de la masa ventricular izquierda, por lo que, a medida que pasa el tiempo (meses, años), si la resistencia vascular continúa incrementada se empieza a generar la denominada cardiopatía hipertensiva.

A mayor crecimiento de la masa ventricular, posteriormente, se presentarán alteraciones de irrigación del músculo cardíaco, con lo que aumenta la probabilidad de que existan episodios de angina de pecho o bien, que se pueda generar un infarto miocárdico agudo. Si no ocurre ninguno de estos eventos, el corazón hipertrófico se dilatará, su fuerza de contracción disminuirá progresivamente y, como consecuencia, se presentarán ajustes circulatorios. La evidencia clínica de estos cambios será referida por los pacientes como disnea de esfuerzo, que se manifestará de forma progresiva.

Por otra parte, la resistencia vascular elevada impide la correcta perfusión de sangre a todo el organismo; el mecanismo compensador cardiovascular del aumento de la fuerza de contracción y su consecuencia –la hipertrofia– mejoran la perfusión a los tejidos. Sin embargo, los riñones son altamente sensibles a la disminución de la perfusión, y al detectarla desencadenan mecanismos de regulación que, en condiciones normales, elevarían temporalmente la presión arterial. En el caso de la hipertensión, la disminución de la perfusión dispara el mecanismo renina-

angiotensina-aldosterona, con lo que se eleva aún más la presión arterial y, además, se retiene agua y sodio. Por lo tanto, la hipertensión crónica se convierte en factor de riesgo para la aparición de evento vascular cerebral (EVC) (Reynoso et al., 2012).

Hasta ahora, se ha sugerido que la etiología de la hipertensión arterial está asociada a factores preponderantemente conductuales. Esto significa que, el tratamiento también ha de tener un componente conductual, pues es el comportamiento lo que produce y controla la progresión de esta enfermedad; esto confirma la interacción entre la enfermedad y el comportamiento sugerida por Reynoso-Erazo (2014), quien señala que la conducta puede generar enfermedades, y las enfermedades pueden generar conductas.

Esencialmente, el tratamiento de la HAS se enfoca en dos vías: (1) la disminución de la hiperactividad fisiológica¹ y (2) el desarrollo de la adhesión al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) a través de diferentes estrategias de intervención conductuales (Arrivillaga, Correa, & Salazar, 2007; Borda, Pérez, & Blanco, 2000; Fernández, 2009).

1 Molerio y García (2004) señalan que al reducir el nivel general de activación del organismo (debido a respuestas de estrés, ansiedad, ira o enojo), a través de técnicas conductuales, se puede modificar un patrón complejo de respuesta, que incluye la desaceleración de la frecuencia cardíaca, la regulación del ritmo respiratorio y la disminución de la tensión arterial como uno más de sus componentes.

Tratamientos farmacológicos (médicos)
de la HAS

En la tabla 4 se muestran, de manera sucinta, los tratamientos farmacológicos comúnmente utilizados para el control de la HAS y sus posibles efectos secundarios, los cuales pueden confundirse (erróneamente) con los supuestos síntomas de la enfermedad. De hecho, esto es un factor que puede afectar negativamente la adhesión al régimen de medicamentos (Beléndez-Vázquez et al., 2007; Leventhal, Leventhal, & Breland, 2011; McAndrew et al., 2017; Meichenbaum & Turk, 1991).

Cabe recordar que la hipertensión arterial es asintomática, pero algunas veces los usuarios reportan síntomas asociados generalmente a la dosis farmacológica. Por lo tanto, el especialista en medicina conductual (MC) también debe conocer los efectos secundarios de los medicamentos, para enseñar al usuario

a discriminarlos de los síntomas de la enfermedad y proporcionar habilidades para que él mismo reporte los síntomas percibidos a su médico tratante y, de ser necesario, le solicite un reajuste de dosis.

Entonces, la intervención farmacológica nos debe interesar por dos cosas: (a) las reacciones secundarias, y entonces señalar la posibilidad de la falta de adherencia por aversión condicional; o (b) la falta de adherencia voluntaria (debido a la ausencia de síntomas) o involuntaria (debido a la imposibilidad de costear el medicamento, la escasez de medicamentos en las instituciones de salud, no entender las indicaciones médicas, etc.).

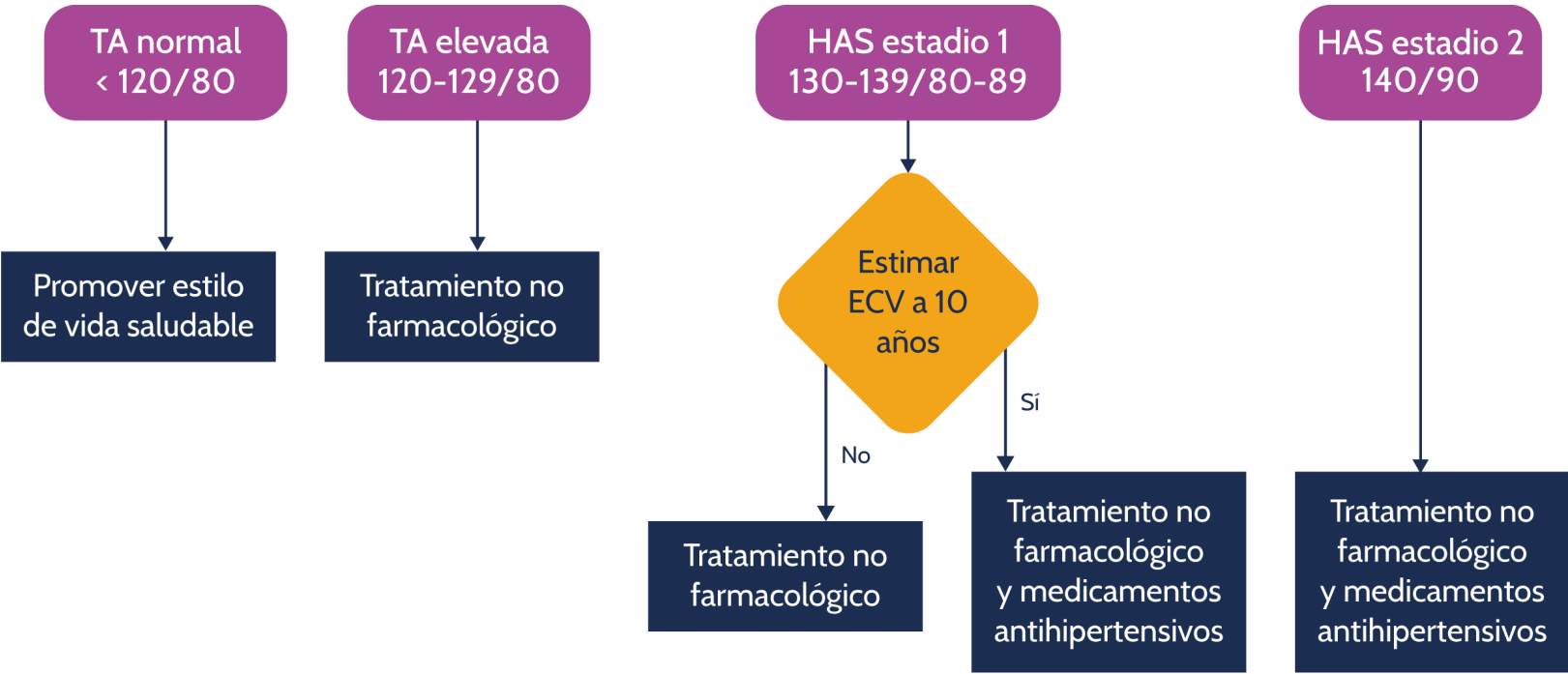
La *American Heart Association* ofrece criterios para el tratamiento de la HAS, que se presentan en la figura 1. Entre estos se recomienda cambiar de estilo de vida (ajustes alimentarios, actividad física) y, solo en hipertensión grado 1 y 2, utilizar medicamentos.

Tabla 4
Tratamiento farmacológico y conductual de la HAS

Tratamiento farmacológico		Tratamiento conductual
Fármaco	Efectos secundarios	Objetivos
<i>Diuréticos</i> • Reducen la cantidad de sodio y agua en el organismo. • Otros son ahorradores de potasio. • Otros inhiben la reabsorción tubular de agua.	Hiperuricemia, hipokalemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperglucemia, pancreatitis, erupciones cutáneas, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, depresión, fatiga, disfunción eréctil, trastornos gastrointestinales, ginecomastia, erupciones cutáneas, deseo sexual hipoactivo, nefrolitiasis, mialgia, sequedad en la boca, sed, mareos, inestabilidad, cefalea, deshidratación.	<i>Eliminar:</i> • Consumo de tabaco o drogas estimulantes. <i>Reducir:</i> • Consumo de alcohol, sodio, grasas; • Hiperactivación fisiológica ocasionada por estrés, ansiedad, ira o enojo.

Tratamiento farmacológico		Tratamiento conductual
Fármaco	Efectos secundarios	Objetivos
Betabloqueadores • Bloquean los efectos de las hormonas del estrés en el corazón. • Disminuyen la frecuencia cardiaca.	Algunos producen vasodilatación arterial, no producen bradicardia ni descenso del gasto cardiaco y provocan natriuresis. Otros producen bradicardia y disminución del gasto cardiaco, y son fundamentalmente hipotensores.	Aumentar: • Frecuencia de la toma del fármaco correspondiente; • Consumo de potasio y agua; • Actividad física.
Calcioantagonistas • Bloquean la entrada de los canales de calcio.	Taquicardia, edema en extremidades inferiores, rubor facial, cefaleas, mareos, hipotensión, bradicardia, insuficiencia cardiaca, estreñimiento.	
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) • Relajan los vasos sanguíneos. • Mejoran el flujo sanguíneo.	Tos, hipotensión, erupciones cutáneas, ageusia, insuficiencia renal aguda, pancreatitis, discrasias sanguíneas.	

Figura 1
 Criterios para el tratamiento de la HAS



Nota: TA = Tensión arterial; HAS = Hipertensión arterial sistémica; ECV = Enfermedad cardiovascular. Adaptado de Arnett et al., 2019; Whelton et al., 2018a.

De acuerdo con la *American Heart Association* y la *Society of Behavioral Medicine*:

modestos cambios de estilo de vida sostenidos en el tiempo pueden reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular, ya que muchos de los efectos benéficos del cambio de estilo de vida se aprecian en el tiempo. La adherencia a largo plazo maximiza los beneficios tanto individuales como a nivel de la población. Las intervenciones dirigidas a cambiar patrones alimentarios, reducción de peso y nuevos hábitos de actividad física resultan en tasas impresionantes de cambio conductual inicial, pero frecuentemente no son mantenidos en el tiempo, por lo que la adopción y el mantenimiento de nuevas conductas de reducción del riesgo cardiovascular se vuelven el reto para muchos individuos. (Artinian et al., 2010, p.406)

Por lo anterior, el trabajo del especialista en MC debe dirigirse a la promoción y mantenimiento de la adhesión al tratamiento, sustentada en modelos, métodos y técnicas cognitivo-conductuales. Asimismo, se recomienda evaluar y medir la adhesión al tratamiento de manera multimetódica y continua, ya que debe planearse de acuerdo con las necesidades de cada individuo (Artinian et al., 2010).

Técnicas basadas en información

Las estrategias educativas han demostrado mejorar la adhesión al tratamiento en individuos hipertensos (Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades, & Tweedy, 2002). Esto también es apoyado por Sánchez-Cisneros (2006), quien señala que las estrategias educativas también resultan auxiliares al tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Por su parte, Huttunen-Lenz, Song y Poland (2010), mediante un metaanálisis, sostienen que las técnicas basadas en información –como es la psicoeducación²– favorecen el cambio conductual.

Los programas educativos aportan información sobre la enfermedad, sus factores de riesgo y sus consecuencias mediante videos, pláticas, material impreso, etc. Sin embargo, sugieren que esas técnicas resultan de poca utilidad, debido a la falta de especificidad en los procedimientos terapéuticos utilizados y a la pobre adecuación de la intervención a las características y necesidades individuales de los pacientes (dado que la aplicación se hace en grupo y se emplean programas estándar), además, porque la intervención se aplica, algunas veces, por parte de personal no capacitado.

-
- 2 La psicoeducación es una estrategia terapéutica en la cual se brinda información específica al paciente o familiares sobre la enfermedad, se proporciona entrenamiento en estrategias de afrontamiento al problema y se promueve la rehabilitación social del paciente. Puede emplearse de forma individual, familiar o grupal (Albarrán & Macías, 2007; Bulacio, Vieyra, Alvarez, & Benatuil, 2004).

Para que las técnicas basadas en información resulten efectivas en el tratamiento de la hipertensión, Arrivillaga et al. (2007) recomiendan que deberán cumplirse los siguientes objetivos:

- Relacionar la presencia de factores de riesgo y la aparición de la enfermedad.
- Valorar los riesgos de mantener comportamientos negativos para la salud.
- Evaluar la percepción de riesgo y la vulnerabilidad.
- Facilitar la adopción de conductas de autocuidado.
- Evaluar los beneficios de adherirse a un tratamiento.
- Involucrar familiares o una fuente de apoyo social significativa para el paciente, de forma que participen en el proceso de adhesión terapéutica y reducción del riesgo psicosocial.
- Lograr la comprensión de la enfermedad, sus características, etiología, evolución y tratamiento.
- Revisar los efectos secundarios de los antihipertensivos, para evitar el riesgo de abandonar la prescripción médica.

La hipertensión es un factor de riesgo e incluso un síntoma difícil de percibir. Por lo tanto, es indispensable el uso de información como estrategia para diferenciar estos elementos y para modificar las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento (farmacológico y no farmacológico). Granados, Roales-Nieto,

Moreno e Ybarra (2007) identificaron una alta asociación entre las creencias sobre los síntomas de la hipertensión y la falta de adherencia, lo que confirma la relevancia de enseñar al paciente a discriminar entre los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento. Al respecto, Theunissen, Ridder, Bensing y Rutten (2003) demostraron que las creencias y los planes de acción relacionados con la hipertensión cambian como resultado de la explicación de la enfermedad por parte del médico tratante durante la consulta; estas ideas y planes de acción modifican la adhesión terapéutica.

Las intervenciones enfocadas a la modificación de creencias a partir de información son muy importantes y tienen mucho sentido en este contexto, ya que, en México, de acuerdo con la ENSANUT de Medio Camino (INSP, 2016), la prevalencia de hipertensión arterial es de 25.5%, de los cuales 40% desconocía que padecía esta enfermedad (debido a la ignorancia de su naturaleza asintomática), por lo que se encontraban sin recibir tratamiento ni atención médica. De aquellos que conocían su diagnóstico, solo el 79.3% informó tener tratamiento farmacológico antihipertensivo. Entonces, las técnicas basadas en información son estrategias fundamentales para promover el cambio en el estilo de vida, pero dependerá de la habilidad y la efectividad con la que se transmite la información para ejecutar determinadas instrucciones, y los efectos emocionales de la comunicación verbal y no verbal,

entre otros factores, como lo han destacado Arocha y Romero (2011). Por su parte, Del Rey (2006) afirmó que la información que se presenta al receptor de manera reiterada, didáctica y comprensible, modifica el comportamiento, pero considera necesario examinar la comprensión de la información por parte del receptor.

No obstante, eso último es parcialmente verdadero, ya que, en diferentes ocasiones, la información en sí misma no implica que la conducta cambie. Diversos estudios demuestran que el nivel de información y conocimientos sobre la enfermedad en sí mismos no garantiza una adecuada adhesión a los regímenes terapéuticos (Fleischmann et al., 2004; Meichenbaum & Turk, 1991). Por ello, la importancia de valerse de otros recursos técnicos (tratamientos multicomponentes).

Las técnicas basadas en información son compatibles con otras técnicas cognitivo-conductuales y pueden dirigirse a cambios en la alimentación, mejorar la topografía, frecuencia, duración e intensidad de la actividad física y el manejo del estrés, como se explicará a continuación.

Intervenciones no farmacológicas

Desde el nacimiento de la MC han existido diversos intentos para realizar el manejo no farmacológico de la HAS; inicialmente se trabajó sobre desensibilización, biorretroalimentación, terapia implosiva, estrategias de relajación, manejo del estrés, entre otras (Eisenberg et al., 1993).

Existen intervenciones no farmacológicas documentadas que disminuyen las cifras de la tensión arterial; entre ellas, se encuentran las intervenciones para reducción del peso corporal, a través de cambio de alimentación, utilizando la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), controlando a los pacientes a través de la reducción de la ingesta de sodio, el aumento de potasio en la dieta, las intervenciones dirigidas a incrementar la actividad física y la reducción del consumo de alcohol.

Existen trabajos sobre la reducción de estrés e intervenciones conductuales que incluyen respiración y relajación, pero estas tienen como problema metodológico la falta de evidencia a largo plazo, es decir, no existe información sobre mantenimiento conductual (Arnett et al., 2019; Blumethal et al., 2010; Whelton et al., 2018a).

Los factores de riesgo cardiovascular pueden ser combatidos y controlados a través de la adherencia a recomendaciones de modificación del estilo de vida; la evidencia sugiere que las estrategias cognitivo-conductuales funcionan como un componente esencial en las intervenciones enfocadas a realizar cambios de alimentación y de actividad física. En la actualidad, se acepta que las intervenciones (individuales o grupales) multicomponente han mostrado efectividad. No obstante, se requiere la realización de estudios que demuestren la fortaleza de dichas intervenciones.

Algunas intervenciones de cambio de estilo de vida se enfocan en constructos como autoeficacia, autorregulación, automonitoreo, selección de metas, retroalimentación, apoyo social, aprendizaje observacional, solución de

problemas, control de estímulos y autocontrol (Artinian et al., 2010). La tabla 5 ofrece, de manera general, las estrategias cognitivo-conductuales que han demostrado niveles de evidencia 1 y 2 para reducir el riesgo cardiovascular.

Tabla 5
Estrategias cognitivo-conductuales para reducir el riesgo cardiovascular

Estrategias para promover cambio conductual	Diseñar intervenciones dirigidas a la alimentación y a la actividad física con metas específicas cercanas. Ofrecer retroalimentación en el progreso hacia las metas. Ofrecer estrategias de automonitoreo. Establecer un plan para que los contactos personales –de manera oral, escrita o electrónica– funcionen como fuente de reforzamiento para alcanzar las metas. Proveer de manera directa apoyo y seguimiento para combatir la disminución de la adherencia que se presenta habitualmente entre cuatro a seis meses de iniciado el cambio. Incorporar estrategias para mejorar la autoeficacia. Utilizar una combinación de dos o más de las estrategias señaladas anteriormente. Utilizar reforzadores, modelamiento y estrategias de solución de problemas.
Intervención	Utilizar estrategias individuales o grupales. Utilizar sesiones planeadas específicamente para el paciente para evaluar las metas de la reducción de riesgos o mejorar la salud cardiovascular y desarrollar un plan personalizado para lograrlo. Utilizar sesiones grupales con estrategias cognitivo-conductuales para enseñar habilidades encaminadas a modificar la alimentación y desarrollar programas de actividad física, para promover modelado y aprendizaje observacional y para maximizar los beneficios del apoyo de sus pares, así como la solución de problemas en grupo. Para la población apropiada, utilizar el internet, así como programas basados en computadora dirigidos a la alimentación y actividad física.
Variables del contexto cultural y social que influyen el cambio conductual	Utilizar recursos de iglesia, comunidad, trabajo, clínica u hospital para ofrecer las intervenciones. Utilizar estrategias multicomponente que incluya componentes grupales. Utilizar estrategias adaptadas a la cultura de los participantes para incrementar la confianza en el programa; debe ser sensible a las creencias culturales, valores, lenguaje, escolaridad y costumbres de la población. Utilizar estrategias de solución de problemas para derrumbar barreras hacia la actividad física y el cambio de alimentación (como la falta de acceso a alimentos saludables, falta de recursos para realizar actividad física, barreras para la transportación e inseguridad).

Nota: Elaboración propia a partir de Artinian et al., 2010.

Ingesta de sodio

El problema de la ingesta de sodio inicia desde que los niños, en su etapa de lactantes, son alimentados por vez primera con productos distintos a la leche; de acuerdo con el gusto de la madre, el nuevo alimento será dulce o salado y, a partir de este momento, la persona inicia su alimentación adicionada de sal. Este aprendizaje difícilmente será modificado, por lo que, cuando los médicos ordenan la restricción de sodio o eliminación de este de la alimentación, el incumplimiento de dicha instrucción se vuelve más que complejo, aduciendo los pacientes que *“la comida no me sabe”*.

El consumo elevado de sodio se asocia con elevados niveles de la TA en animales y humanos; los requerimientos fisiológicos de sodio en humanos son menores de un gramo diario, aunque las personas regularmente consumen cantidades mayores a esta. El consumo máximo de sodio es de dos gramos (es decir, cinco gramos de sal) por adulto; un buen número de países recomiendan reducir la ingesta a menos de 2.4 g/día. Los efectos de la reducción de sodio sobre las cifras de la TA han sido examinados en varios estudios; aunque existe consenso entre investigadores en reducir el consumo de sodio en la población general, algunos han señalado que el beneficio de limitar la ingesta de sodio en personas normotensas es muy pequeño (Huang et al., 2020; Mene-ton et al., 2005; Mozaffarian et al., 2014).

Por otra parte, nuestro país tiene una gran variedad de alimentos, con lo que la in-

gesta de estos nos enfrenta ante un reto, ¿Cómo modificar aspectos alimentarios que se encuentran enraizados en costumbres socialmente aceptadas y reforzadas de manera intermitente? Debemos considerar que buena parte de las familias mexicanas se reúnen periódicamente para ingerir alimentos y que, en la medida de las posibilidades económicas, la variedad y abundancia son dos elementos indispensables en dichas reuniones. Es frecuente encontrar entre los alimentos disponibles algunos con escaso valor nutricional, bebidas gasificadas azucaradas y bebidas alcohólicas. Al haber disponibilidad de este tipo de alimentos, se ingerirán sin restricciones debido a su valor reforzante inmediato.

La suma de diversos carbohidratos y grasas, ingeridos por encima de las necesidades metabólicas provocan almacenamiento progresivo de grasa, ya que difícilmente las personas se encuentran regulando su alimentación bajo un modelo de autocontrol. El reto para el profesional del comportamiento consiste en utilizar el desvanecimiento para disminuir progresivamente el consumo de sal; para ello, se requiere utilizar como alternativa la sal de potasio. Se reduce el uso de sal de sodio y se aumenta el de sal de potasio. Por otra parte, se pueden realizar una serie de arreglos utilizando estrategias de control de estímulos, además de utilizar otro tipo de sabores que se pueden adicionar a la comida –a través de las denominadas hierbas de olor–.

Actividad física

Los estudios epidemiológicos han demostrado una relación inversa entre actividad física y cifras de TA e hipertensión. Se ha encontrado que modestos niveles de actividad física se encuentran asociados con una disminución de las cifras de TA en pacientes hipertensos. Las guías de tratamiento para la prevención primaria y secundaria de la HAS recomiendan modificaciones del estilo de vida como primera línea terapéutica, realzando la importancia de incrementar los niveles de actividad física; al respecto se señala que, realizar 150 minutos de actividad física semanal ofrece una alternativa complementaria a la medicación antihipertensiva (Chobanian et al., 2003; Whelton et al., 2018b).

El *American College of Sports Medicine* recomienda realizar ejercicio aeróbico al menos 30 minutos diarios, preferentemente acompañado de entrenamiento de resistencia dinámica. Los efectos del entrenamiento en ejercicio puedan variar a través de distintos parámetros, por ejemplo, duración del programa, duración de las sesiones de entrenamiento, frecuencia, carga de trabajo, intensidad, etc. Sin embargo, la prescripción óptima para ejercitarse no es clara (Cornelissen & Smart, 2013).

El entrenamiento aeróbico de resistencia involucra grandes músculos en actividades dinámicas repetitivas, que resultan en incrementos sustanciales de la frecuencia cardíaca y gasto de energía. El entrenamiento de resistencia es una actividad en la cual el esfuerzo

se desempeña para vencer una fuerza opuesta (la resistencia) y está diseñado específicamente para incrementar fuerza muscular, potencia e incluso resistencia.

De acuerdo con el tipo de contracción muscular, el entrenamiento puede ser dividido en dos subgrupos: (a) dinámico y (b) estático o isométrico (Garber et al., 2011; Inder et al., 2015; Pescatello, Franklin, Fagard, Farquhar, & Kelley, 2004). En la actualidad, hay distintas opiniones con relación al tipo de actividad preferida para disminuir las cifras de TA; la actividad isométrica se había asociado previamente con respuestas hipertensivas exageradas, pero trabajos recientes han sugerido que la actividad de presionar con la mano puede volverse una nueva herramienta para utilizarse en el tratamiento no farmacológico de la HAS (Cornelissen & Smart, 2013).

La tabla 6 muestra las distintas intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la HAS. ¿Cuántas de estas intervenciones se podrían realizar utilizando estrategias conductuales?

Manejo del estrés

Existe evidencia fisiológica y clínica de que la respuesta de estrés a corto plazo puede traer como consecuencia la elevación de la TA (Steptoe & Kivimäki, 2013). La relevancia de este mecanismo en la hipertensión sostenida no se ha dilucidado, ya que no existe evidencia epidemiológica para esta asociación, aunque la elevación de la TA a corto plazo puede

Tabla 6

Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la HAS

Intervención no farmacológica			Impacto sobre la TA		
General	Específica	Meta	Hipertensos	Normotensos	Referencia
Pérdida de peso	Peso y grasa corporal	Reducción de 1 mm Hg por cada kg	-5 mm Hg	-2/3 mm Hg	Neter, Stam, Kok, Grobbee, y Geleijnse, 2003.
Alimentación saludable	Dieta DASH	Consumir una dieta rica en frutas, vegetales, granos enteros y productos bajos en grasas	-11 mm Hg	-3 mm Hg	Appel et al., 1997; Appel et al., 2003.
Reducción de la ingesta de sodio	Sodio en la dieta	Óptimo: < 1500 mg/día o al menos reducción de 1000 mg/día en adultos	-5/6 mm Hg	-2/3 mm Hg	Aburto et al., 2013; He, Li y McGregor, 2013.
Actividad física	Aeróbica	Por semana, 90 a 150 minutos. Ejercicio de intensidad moderada.	-5/8 mm Hg	-2/4 mm Hg	Cornelissen y Smart, 2013.
	Resistencia dinámica	Por semana, 90 a 150 minutos. Ejercicio de intensidad moderada: 6 ejercicios, 3 series, 10 repeticiones por serie.	-4mm Hg	-2 mm Hg	Cornelissen y Smart, 2013
	Resistencia isométrica	Cuatro ejercicios por 2 minutos de apretar pinza para mano. Un minuto de descanso entre ejercicios. Tres veces por semana. De 8 a 10 semanas.	-5 mm Hg	-4 mm Hg	Carlson et al., 2014; Inder et al., 2015.

Intervención no farmacológica			Impacto sobre la TA		
General	Específica	Meta	Hipertensos	Normotensos	Referencia
Moderación en el consumo de alcohol	Consumo de alcohol	Reducir a 2 o menos bebidas diarias en hombres y 1 o menos en mujeres.	-4 mm Hg	-3 mm Hg	Roerecke et al., 2017.

Nota: Elaboración propia a partir de Arnett et al., 2019 y Whelton et al., 2018b.

atribuirse al incremento de actividad simpática consecuencia de la reacción de alarma, los cambios vasculares a largo plazo pueden perpetuarse por remodelación vascular, evidenciable por histopatología y disfunción endotelial, es decir, la pérdida de balance entre factores vasodilatadores y vasoconstrictores con predominio de estos últimos.

Para explicar los cambios fisiológicos generados por el estrés en la HAS, utilizaremos el modelo de Selye (1950), que lo definió como una reacción inespecífica del organismo ante cualquier demanda; la reacción de estrés se presenta ante retos o amenazas (conocidos genéricamente como estresores) ante las que el sujeto no sabe cómo responder. Como respuesta ante estas amenazas, se activan los sistemas fisiológicos. Inicialmente se presenta activación simpática refleja, posteriormente, secreción de catecolaminas y, más tarde, ajustes neuroendócrinos, que incluyen, entre otras, la secreción de ACTH y cortisol. A este conjunto de respuestas, Selye lo denominó síndrome general de adaptación y es el responsable de los incrementos en la frecuencia cardíaca, la fuerza de contracción del corazón y la TA (Selye, 1950; Reynoso & Avila, 2014).

El estrés agudo explica la elevación temporal de la TA, mientras que los escasos estudios sobre estrés crónico e hipertensión sugieren que solamente los estresores persistentes o repetitivos pueden tener el potencial de inducir elevación sostenida de la TA (Sparrenberger et al., 2009).

El primer paso para manejar el estrés es reconocer que lo tenemos; en tanto seres humanos, expuestos a distintas condiciones, todos hemos sufrido estrés. Lo que se requiere es aprender a reconocerlo. Los síntomas de estrés son individuales y, bajo el modelo de Selye, estos se presentan como consecuencia de eventos estresantes (o estresores).

Aunque distintas sociedades médicas recomiendan la implementación de intervenciones no farmacológicas, que demuestren consistencia a largo plazo para el tratamiento de la HAS, las estrategias para la reducción del estrés son poco recomendadas, a pesar de sus efectos positivos en pacientes hipertensos; todo ello, debido a que la confiabilidad de los datos es limitada y, por ende, no se pueden sacar conclusiones directas (Nagele et al., 2014).

Estrategias para la reducción del estrés

Existen diversas estrategias para reducir el estrés y, por ende, las cifras de TA; para ello, es menester buscar respuestas opuestas al estrés fisiológico, que implica activación simpática. Entonces, se requiere producir activación parasimpática y esto se logra a través de control de la frecuencia y amplitud respiratoria; dichos cambios provocan movimiento del diafragma, el cual se encuentra innervado por los nervios vagos. De esta forma, la inspiración forzada y sostenida induce estimulación vagal, con lo que se logra la disminución de la frecuencia cardíaca por vía refleja. La secuencia de inspiración-detención del aire inspirado-expiración provoca estimulación vagal intermitente, con lo que la frecuencia cardíaca disminuye y, asimismo, la TA. Como ejemplo, Grossman, Grossman, Schein, Zimlichman y Gavish (2001) demostraron que la respiración lenta y rítmica disminuye las cifras de TA.

Existen distintas alternativas para lograr la relajación muscular (Bernstein & Borkoveck, 1973; Jacobsen, 1929; Lazarus, 1971; Wolpe, 1958), así como el uso de la imaginación guiada en la relajación pasiva (Overholser, 1991) y la relajación autogenerada (Schultz, 1932). Aunque no es el propósito de este capítulo indicar el procedimiento para alcanzar la relajación, es importante señalar que el uso de cualquiera de estas estrategias puede coadyuvar a la disminución de las cifras de TA.

Una buena parte del estrés psicológico se dispara ante situaciones que parecen

ser irresolubles, en donde el paciente evalúa sus recursos y no encuentra la respuesta adecuada, lo que dispara respuestas fisiológicas y conductuales que le hacen sentirse peor y pueden elevar más la TA. Por ende, el manejo del estrés debe incluir el aprendizaje de estrategias de solución de problemas y toma de decisiones por parte de los pacientes.

Actualmente, la mayor parte de la población cuenta con teléfono móvil; en ellos se pueden descargar distintas aplicaciones gratuitas que permiten monitorear datos fisiológicos del paciente (como la frecuencia cardíaca) y de esta forma ofrecer retroalimentación, por lo que se podrían establecer estrategias de retroalimentación biológica enfocadas a reducir la frecuencia cardíaca en pacientes hipertensos. Recordemos que mediante la retroalimentación biológica podemos aprender a tener control sobre algunas funciones corporales como, por ejemplo, la frecuencia cardíaca. Por medio de la retroalimentación, se ofrece información visual o auditiva sobre las respuestas fisiológicas; el paciente intenta modificar dicha señal haciendo cambios voluntarios y recibiendo retroalimentación inmediata para, posteriormente, hacer los ajustes sin necesidad de recibir retroalimentación.

Es muy probable que, en los episodios de estrés agudos, los pacientes presenten, además de la reacción de alarma, pensamientos intrusivos relacionados con sus respuestas. Se deberá identificar la existencia y frecuencia de estos para buscar alternativas para su reducción o eliminación.

Será tarea del terapeuta seleccionar las estrategias, así como moldear, modelar, reforzar y buscar mantenimiento de estas conductas, directamente en combinación con auto-registros y automonitoreo.

Comentarios finales

Si bien es cierto que para el desarrollo de las enfermedades crónico-degenerativas se requiere de la participación de la genética, herencia y raza, la interacción de estos con el estilo de vida y el estrés, en tanto factores de riesgo, pueden facilitar o favorecer la aparición de enfermedad, de allí la importancia de realizar acciones preventivas.

La prevención primordial, concepto introducido por Strasser (1978), fue concebido como una estrategia para prevenir a la sociedad como conjunto de experimentar epidemias de los factores de riesgo. La estrategia correspondiente a nivel individual es prevenir la aparición de los factores de riesgo. Aunque esta terminología les puede parecer poco familiar a algunos, la estrategia de promover conductas saludables es ampliamente reconocida y de uso común en muchas guías y recomendaciones de prevención de enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente en aquellas enfocadas en los niños y adolescentes.

La prevención primordial adquiere relevancia en naciones como la nuestra, donde la carga de obesidad, conductas y ambientes poco favorables para la salud se presentan desde edades tempranas; en los Estados Uni-

dos de Norteamérica, la prevención primordial fue utilizada como guía para el desarrollo del *Healthy People 2010 goals for heart disease and stroke prevention*, documento que incluía la prevención de factores de riesgo (Kavey et al., 2003).

Existe evidencia que sostiene la necesidad de realizar prevención primordial iniciando en edades tempranas; la evidencia, basada en estudios epidemiológicos indica que los factores de riesgo para conductas patógenas a la salud asociadas con ECV en la adultez –que incluyen el fumar, la dislipidemia, cifras elevadas de TA, inactividad física y obesidad– son prevalentes en la infancia y adolescencia y son potencialmente modificables (Bojórquez et al., 2012; Din-Dzietham, Liu, Bielo, & Shamsa, 2007; Weintraub et al., 2011).

La tarea del especialista en MC debe enfocarse en promover el desarrollo de conductas de estilo de vida saludable como piedra angular de la prevención primordial y prevención primaria; la meta final consiste en promover una salud cardiovascular óptima, que inicia en la infancia y que continúa a lo largo de la vida para reducir el riesgo de ECV y sus secuelas, lo que implica realizar acciones psicoeducativas en toda la población para lograr un cambio conductual, para que las personas tengan una mejor alimentación y realicen actividad física.

En un siguiente nivel, si ya existe evidencia de cifras elevadas de TA, es menester que los pacientes revisen frecuentemente sus cifras de TA para demostrar la presencia de HAS.

Para ello, debe psicoeducarse a los pacientes para que acudan periódicamente a medirse la TA, idealmente a su clínica, centro de salud, médico, farmacia, o bien, que adquieran un esfigmomanómetro adecuado. Como parte de la información que debe ofrecerse a los pacientes, debe señalarse que el uso de los teléfonos celulares permite mediciones exactas de la frecuencia cardíaca y el número de pasos al día, por lo que funcionan adecuadamente para ofrecer retroalimentación de dichas cifras. No obstante, ninguna aplicación de teléfono ofrece una medición adecuada de la TA, por lo que no debe utilizarse como sustituto de la medición clínica (Kumar, Khunger, Gupta, & Garg, 2015).

Idealmente, los psicólogos debieran trabajar con los pacientes para que estos aprendan a controlar su conducta y desarrollen comportamientos saludables; recordando que un comportamiento no saludable es reforzante de manera inmediata (e. g., el beber refresco azucarado embotellado), aunque las consecuencias a largo plazo se pagarán posteriormente. Por el contrario, un comportamiento saludable es difícil de mantener, ya que puede no ser reforzante de manera inmediata (e. g., trotar por las mañanas) y las consecuencias se verán a largo plazo, lo que implica pensar en reforzamiento demorado. Se deberá agregar, al arsenal comportamental, estrategias de solución de problemas para la toma de decisiones con relación a su salud; además, deberán aprender a utilizar algunos elementos para reducir y manejar el estrés.

El reto para el psicólogo continúa presente. Nuestro problema no es iniciar el cambio conductual, sino lograr que los pacientes mantengan comportamientos saludables a lo largo del tiempo y demostrar que el cambio conductual se mantiene.

Referencias

- Aburto, N.J., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliot, P., Cappuccio, F.P., & Meerpohl, J.J. (2013). Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 346, 1326. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1326>
- Albarrán, A.J., & Macías, M.A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9(2), 118-124.
- Appel, L.J., Champagne, C.M., Harsha, D.W., Cooper, L.S., Obarzanek, E., Elmer, P.J., ... Young, D.R. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*, 289(16), 2083-2093. <https://doi.org/10.1001/jama.289.16.2083>
- Appel, L.J., Moore, T.J., Obarzanek, E., Vollmer, W.M., Svetkey, L.P., Sacks, F.M., ... Karanja, N. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *The New England Journal of Medicine*,

336, 1117-1124. <https://doi.org/10.1056/NEJM199704173361601>

Arnett, D.K., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E. J., ... Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596-e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>

Arocha, L., & Romero, E. (2011). La adherencia al tratamiento antihipertensivo: ¿Tan o más importante que la terapéutica? *Informe médico*, 13(9), 419-429.

Arrivillaga, M., Correa, D., & Salazar, I. C. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Colombia: Manual Moderno.

Artinian, N.T., Fletcher, G.F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A.H., ... 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(4), 406-441. <http://doi.org/10.1161/CIR.Ob013e3181e8edf1>

Beléndez-Vázquez, M., Hernández-Mijares, A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la

versión española del “Beliefs about Medicines Questionnaire” [Assessment of beliefs about treatment: validity and reliability of the Spanish version of the “Beliefs about Medicines Questionnaire”]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 767-779.

Bernstein, D.A., & Borkoveck, T.D. (1973). *Progressive relaxation training: a manual for the helping professions*. Champaign, Illinois: Research Press.

Blaustein, M.P., Leenen, F.H.H., Chen, L., Golovina, V.A., Hamlyn, J.M., Pallone, T.L., ... Wier, W.G. (2012). How NaCl raises blood pressure: a new paradigm for the pathogenesis of salt-dependent hypertension. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 302(5), 1031-1049. <http://doi.org/10.1152/ajpheart.00899.2011>

Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Hinderliter, A., Watkins, L.L., Craighead, L., Lin, P-H., ... Sherwood, A. (2010). Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 126-135. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.470>

Blumenthal, J.A., Sherwood, A., Gullette, E., Georgiades, A., & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 596-589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.569>
- Bojórquez, C.I., Angulo, C.M., Sotelo, MA., Serrano, D. M., Ramos, D.Y., Reynoso, L., & Valenzuela, I.L. (2012). Resultados de un programa conductual para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en escolares de la región. *La Sociedad Académica*, 39, 351-362.
- Borda, M., Pérez, S., & Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. España: Universidad de Sevilla.
- Bulacio, J.M., Vieyra, M.C., Alvarez, C., & Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Carlson, D.J., Dieberg, G., Hess, N. ., Millar, P.J., & Smart, N.A. (2014). Isometric exercise training for blood pressure management: a systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Procedures*, 89, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.10.030>
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., ... Roccella, E.J. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
- Cornelissen, V.A., & Smart, N.A. (2013). Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta- analysis. *Journal of the American Heart Association*, 2, 1-9. <http://doi.org/10.1161/JAHA.112.004473>
- Dawber, T.R. (1980). *The Framingham Study: The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Del Rey, J. (2006). Enfermedades Cardiovasculares (ECV). Marco conceptual. En J. Del Rey, A. Gil, & J. R. Calvo (Eds.), *Cuidar la Salud* (pp. 215-223). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Din-Dzietham, R., Liu, Y., Bielo, M.V., & Shamsa, F. (2007). High blood pressure trends in children and adolescents in national surveys, 1963 to 2002. *Circulation*, 116, 1488-1496. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.683243>
- Eisenberg, D.M., Delbanco, T.L., Berkey, C.S., Kaptchuk, T.J., Kupelnick, B., Kuhl, J., & Chalmers, T.C. (1993). Cognitive behavioral techniques for hypertension: are they effective? *Annals of Internal Medicine*, 118, 964-972. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-12-199306150-00009>
- Fernández, V. (2009). *Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la hipertensión arterial* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/9651/1/T31526.pdf>
- Fleischmann, E.H., Friedrich, A., Danzer, E., Gallert, K., Walter, H., & Schmieder, R.E.

- (2004). Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. *Journal of Human Hypertension*, 18(12), 127-131. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001648>
- Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R., Franklin, B.A., Lamonte, M.J., Lee, I.M., & Nieman, D.C. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(7), 1334-1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Granados, G., Roales-Nieto, J.G., Moreno, E., & Ybarra, J.L. (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 697-707.
- Grossman, E., Grossman, A., Schein, M.H., Zimlichman, R., & Gavish, B. (2001). Breathing-control lowers blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, 15, 263-9. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001147>
- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Harsha, D.W., & Bray, G.A. (2008). Weight Loss and Blood Pressure Control (Pro). *Hypertension*, 51(6), 1420-1425. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.094011>
- He, F.J., Burnier, M., & MacGregor, G.A. (2011). Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *European Heart Journal*, 32(24), 3073-3080. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr194>
- He, F.J., Li, J., & MacGregor, G.A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 346, f1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>
- Huang, L., Trieu, K., Yoshimura, S., Neal, B., Woodward, M., Campbell, N.R.C., Li, Q., ... He, F.H. (2020). Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 98, m315-14. <http://doi.org/10.1136/bmj.m315>
- Huttunen-Lenz, M., Song, F., & Poland, F. (2010). Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 749-777.
- Inder, J.D., Carlson, D.J., Dieberg, G., McFarlane, J.R., Hess, N.C., & Smart, N.A. (2015). Isometric exercise training for blood pressure management: a systematic

- review and meta-analysis to optimize benefit. *Hypertension Research*, 39, 88-94. <http://doi.org/10.1038/hr.2015.111>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Casmino 2016*. Informe final de resultados. México: INSP. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Resultados Nacionales*. México: INSP.
- Jacobsen, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kavey, R.E., Daniels, S.R., Lauer, R.M., Atkins, D.L., Hayman, L.L., & Taubert, K. (2003). American Heart Association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation*, 107(11), 1562-1566. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000061521.15730.6e>
- Kearney, P.M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
- Kumar, N., Khunger, M., Gupta, A., & Garg, N.A. (2015). Content analysis of smartphone-based applications for hypertension management. *Journal of the American Society of Hypertension*, 9, 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2014.12.001>
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A., & Breland, J. (2011). Cognitive Science Speaks to the “Common-Sense” of Chronic Illness Management. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 152-163.
- McAndrew, L.M., Martin, J.L. Friedlander, M.L, Shaffer, K., Breland, J., Slotkin, S., & Leventhal, H. (2017). The common sense of counseling psychology: introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 497-512. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1336076>
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Meneton, P., Jeunemaitre, X., de Wardener, H.E., & Macgregor, G.A. (2005). Links Between Dietary Salt Intake, Renal Salt Handling, Blood Pressure, and Cardiovascular Diseases. *Physiological Reviews*, 85(2), 679-715. <http://doi.org/10.1152/physrev.00056.2003>
- Molerio, O., & García, G. (2004). Contribuciones y retos de la Psicología de la Salud en el abordaje de la hipertensión arterial

- esencial. *Revista de Psicología*, 13(2), 101-110.
- Mozaffarian, D., Fahimi, S., Singh, G.M., Micha, R., Khatibzadeh, S., Engell, R.E., ... Powles, J. (2014). Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 624-634. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa1304127>
- Muntner, P., Shimbo, D., Carey, R.M., Charleston, J.B., Gaillard, T., Misra, S., ... Wright, J.T. Jr. (2019). Measurement of blood pressure in humans: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 73(5), 35-66. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000087>
- Nagele, E., Jeiter, K., Horvarth, K., Semlitsch, T., Posch, N., Herrmann, K.H., ... Siebenhofer, A. (2014). Clinical effectiveness of stress-reduction techniques in patients with hypertension: systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*, 32(10), 1936-1944. <http://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000298>
- Neter, J.E., Stam, B.E., Kok, F.J., Grobbee, D.E., & Geleijnse, J.M. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878-84. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000094221.86888.AE>
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., & Sepúlveda-Amor, J. (Eds.). (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp3.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Hipertensión arterial*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Overholser, J.C. (1991). The use of guided imagery in psychotherapy: Modules for use with passive relaxation training. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 21(3), 159-172. <https://doi.org/10.1007/BF00973115>
- Pescatello, L.S., Franklin, B.A., Fagard, R., Farquhar, W.B., & Kelley, G.A. (2004). Exercise and hypertension. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(3), 533-553. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000115224.88514.3a>
- Pickering, T.G., Hall, J.E., Appel, L.J., Falkner, B.E., Graves, J., Hill, M.N., ... 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. *Circulation*, 111(5), 697-716. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000154900.76284.F6>
- Reynoso-Erazo, L., & Avila-Costa, M.R. (2014). Estrés y enfermedad crónica. En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: teoría y práctica*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Reynoso, L., Calderón, M.A., & Ruiz, L.S. (2012). *Sistema cardiovascular*. México: UNAM.
- Reynoso-Erazo, L. (2014). *Medicina Conductual: Introducción* En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: teoría y práctica*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S.W., Gmel, G., Hasan, O.S.M., & Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(2), 108-120. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30003-8](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8)
- Sánchez-Cisneros, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 14(3), 98-101.
- Sanders, P.W. (2009). Dietary Salt Intake, Salt Sensitivity, and Cardiovascular Health. *Hypertension*, 53(3), 442-445. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.120303>
- Schultz, J.H. (1932). *Das Autogene Training (konzentrativer Selbstentspannung). Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung*. Leipzig: Thieme.
- Secretaría de Salud. (2017). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. *Diario Oficial de la Federación*, DOF 19-04-2017.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Sparrenberger, F., Cichelero, F.T., Ascoli, A.M., Fonseca, F.P., Weiss, G., Berwanger, O., ... Fuchs, F.D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23, 12-19. <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.74>
- Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337-354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>
- Strasser, T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Science Reviews*, 3, 225-230. <https://doi.org/10.1179/030801878791925921>

- Theunissen, N., Ridder, D., Bensing, J., & Rutten, G. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: using the self-regulatory model of illness to discuss adherence. *Patient Educ Couns*, 21, 247-58.
- Trudel, X., Brisson, C., Gilbert-Oimet, M., Vézina, M., Talbot, D., & Milot, A. (2020). Long Working Hours and the Prevalence of Masked and Sustained Hypertension. *Hypertension*, 75, 1-7. <http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12926>
- Weintraub, W.S., Daniels, S.R., Burke, L.E., Franklin, B.A., Goff, D.C. Jr., Hayman, L.L., ... Whitsel, L.P. (2011). Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, 124(8), 967-990.
- Whelton, P.K., Appel, L.J., Sacco, R.L., Anderson, C.A.M., Antman, E.M., Campbell, N., ... Van Horn, L.V. (2012). Sodium, Blood Pressure, and Cardiovascular Disease: Further Evidence Supporting the American Heart Association Sodium Reduction Recommendations. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 126(24), 2880-2889. <http://doi.org/10.1161/CIR.Ob013e318279acbf>
- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Jr., Collins, K.J., Himmelfarb, C.D., ... Wright, J.T. Jr. (2018a). Clinical Practice Guideline 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), 13-115. <http://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E. Jr, Collins, K.J., Himmelfarb, C.D., ... Wright, J.T. Jr. (2018b). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), 127-248. <http://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Capítulo 5

Conducta de pica en pacientes con enfermedad renal crónica: propuesta de evaluación e intervención conductual

Cintia Tamara Sánchez Cervantes, Isaías Vicente Lugo González y María Isabel Vázquez Mata

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por ser un padecimiento multicausal que consiste en la pérdida de la función renal. Entre sus principales causas se encuentran la nefropatía diabética, hipertensión arterial y enfermedades glomerulares (Skorecki, Green, & Breenner, 2001; Tamayo y Orozco, 2015). En México, es una de las principales causas de atención hospitalaria y de urgencias. Se estima una incidencia de pacientes con ERC de 377 casos por cada millón de habitantes y se calculan unos 52 000 pacientes en tratamiento (Méndez-Durán et al., 2010; Tamayo y Orozco, 2015).

El tratamiento para la ERC implica la dependencia de un abordaje sustitutivo como diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis (HD) o trasplante renal; cabe señalar que los pacientes con esta enfermedad pueden transitar de un tipo de tratamiento a otro. Quienes se encuentran en HD, normalmente, tienen sesio-

nes de tratamiento con una duración de al menos tres horas, tres veces a la semana, además de limitar el consumo de líquido, alimentos y el uso de diversos medicamentos (Peña-Rodríguez & Ramos-Gordillo, 2015).

Por estas razones, la ERC se configura por ser un padecimiento con demandas conductuales complejas y consecuencias en diferentes esferas de quien la padece, por ejemplo, modificaciones en la dieta, relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, alteraciones emocionales, como depresión y ansiedad, y repercusiones en la calidad de vida relacionada con la salud (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, & Fajardo, 2006; Sáenz-Ortega, 2015; Vázquez-Mata & Reynoso-Erazo, 2014).

En los últimos años, se han evidenciado también, datos de alteraciones de conducta alimentaria en pacientes con enfermedades crónicas, incluida la ERC, especialmente en

quienes se encuentran bajo tratamiento hemodialítico (Quick, Byrd-Bredbenner, & Neumark-Sztainer, 2013; Stillman & Gonzalez, 2009; Ward & Kutner, 1999).

Con base en estos antecedentes, el presente capítulo aborda las diferentes conductas de pica y presenta una propuesta de evaluación e intervención de estas en el paciente con ERC, con la finalidad de contribuir a hacer más visible su identificación y, por tanto, su abordaje.

Conducta de pica y sus implicaciones

Desde la perspectiva biomédica, las conductas de pica son consideradas como un trastorno que se caracteriza por: (a) la ingesta persistente de una o más sustancias no alimenticias o no nutritivas; (b) la búsqueda persistente de la sustancia para su consumo; y (c) el comportamiento mantenido durante al menos un mes (American Psychiatric Association [APA], 2013).

De manera general, se ha identificado que las principales sustancias que consumen las personas con este trastorno son papel, jabón, cabello, tela, gis, talco, pintura, goma, metal, carbón, ceniza, barro, almidón y hielo (APA, 2013). En el caso específico de los pacientes con ERC, las principales sustancias reportadas son hielo, tierra, barro y otras con características terrosas (Brenner & Bergman, 2014; Fenves, Cochran, & Scott, 1995; Stillman & Gonzalez, 2009; Ward & Kutner, 1999).

La conducta de pica también ha sido abordada en diversas poblaciones como niños

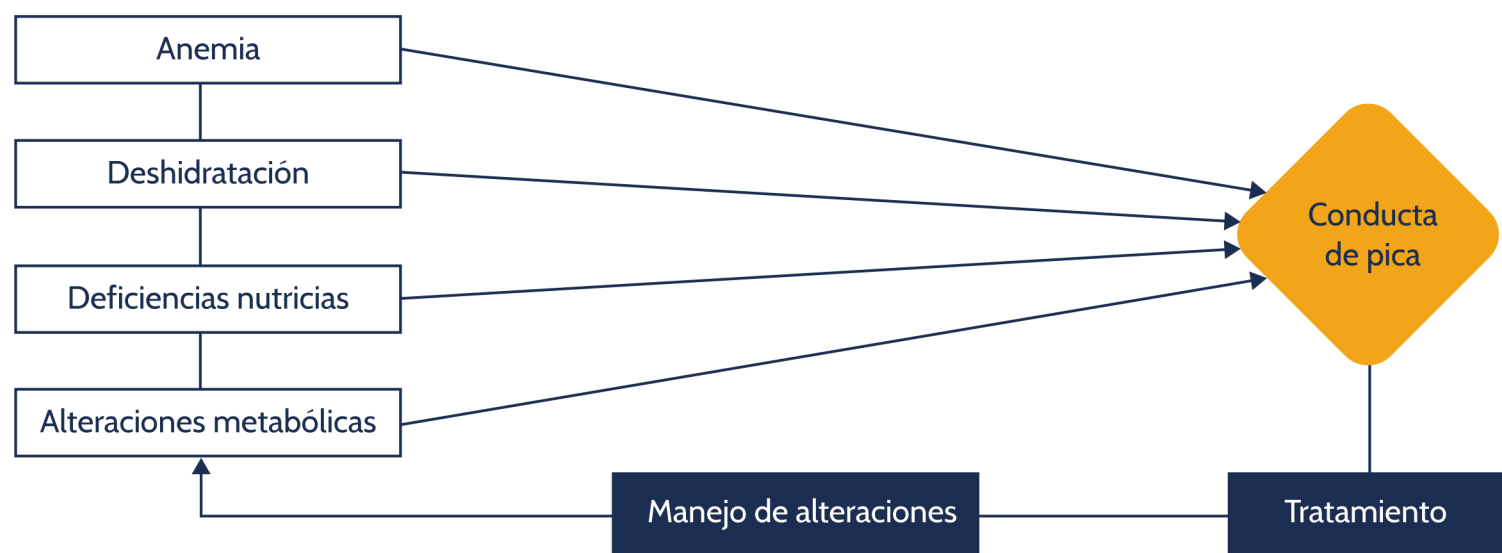
(Gupta & Gupta, 2005), adultos con discapacidad intelectual (Swift, Paquette, Davison, & Saeed, 1999) y mujeres embarazadas (López, Ortega, & Martín de Portela, 2004), entre otros. Ahora bien, el estudio de estas conductas resulta relevante debido a las consecuencias que puede generar, estas pueden ser: obstrucción estomacal, absorción inadecuada de nutrientes, constipación, diarrea, infecciones estomacales, intoxicaciones, alteraciones metabólicas y minerales (hipercalcemia, deficiencia de hierro, zinc y anemia), problemas cardíacos, limitaciones funcionales en las actividades de la vida diaria y pobre calidad de vida (Brenner & Bergman, 2014; Christensen & Ehlers, 2002; González et al., 2011; Jansen, Rijken, Heijmans, Kaptein, & Groenewegen, 2012; Khan & Tisman, 2010; McKercher et al., 2013; Mucsi, 2008; Rose, Porcerelli, & Neal, 2000).

Etiología de las conductas de pica en la ERC

Se han propuesto diversos modelos explicativos acerca de las conductas de pica, por ejemplo, desde el modelo biomédico (figura 1), se considera que las conductas de pica son consecuencia de alteraciones fisiológicas y metabólicas como la presencia de anemia, deshidratación, deficiencias nutricias (hierro y zinc) y alteraciones metabólicas tales como fósforo, calcio y hierro (Stillman & Gonzalez, 2009); incluyendo también una lógica de intervención o de tratamiento de las conductas de pica.

Desde una perspectiva biopsicosocial (figura 2), se sugiere que las conductas de pica,

Figura 1
Modelo biomédico que explica las conductas de pica en el paciente con ERC



son el resultado de la interacción entre factores de riesgo sociales, biológicos y psicológicos, como son: (a) nivel socioeconómico relacionado con deficiencias nutricias y pobre apoyo social vinculado a la falta de supervisión; (b) variables relacionadas con la enfermedad como restricciones alimentarias como la ingesta de líquidos, alimentos con alto contenidos de potasio, fósforo, sodio, alteracio-

nes nutricias o metabólicas (hierro, zinc y estados continuos de anemia); y (c) alteraciones emocionales como ansiedad y estrés crónico (Brener & Bergman, 2014; Carter, Wheeler, & Mayton, 2004; Kaur, 2014; Khan & Tisman, 2010; Rose et al., 2000; Stillman & Gonzalez, 2009).

Desde el punto de vista psiquiátrico (figura 3), también se han abordado las conduc-

Figura 2
Modelo biopsicosocial que explica las conductas de pica en el paciente con ERC

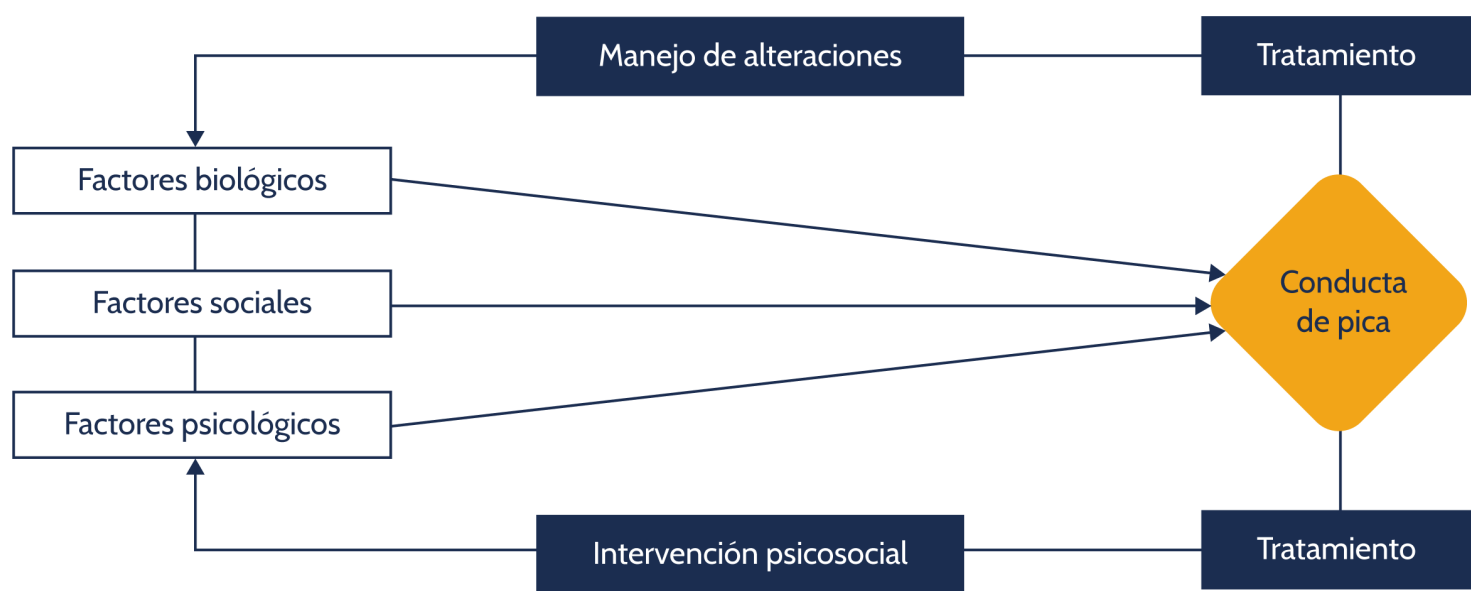
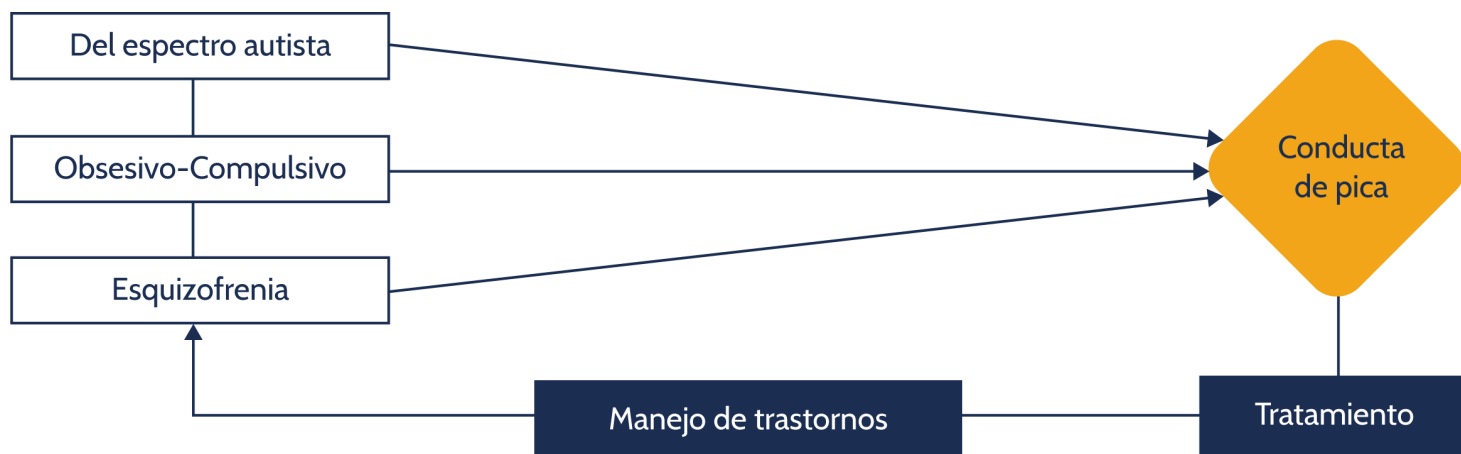


Figura 3

Perspectiva psiquiátrica que explica las conductas de pica en el paciente con ERC



tas de pica, las cuales se han descrito como una respuesta asociada a trastornos como la esquizofrenia, el autismo y el trastorno obsesivo compulsivo (O' Brien, 2019), por lo tanto, desde esta perspectiva, sería necesario explorar posibles comorbilidades psiquiátricas en el paciente con ERC.

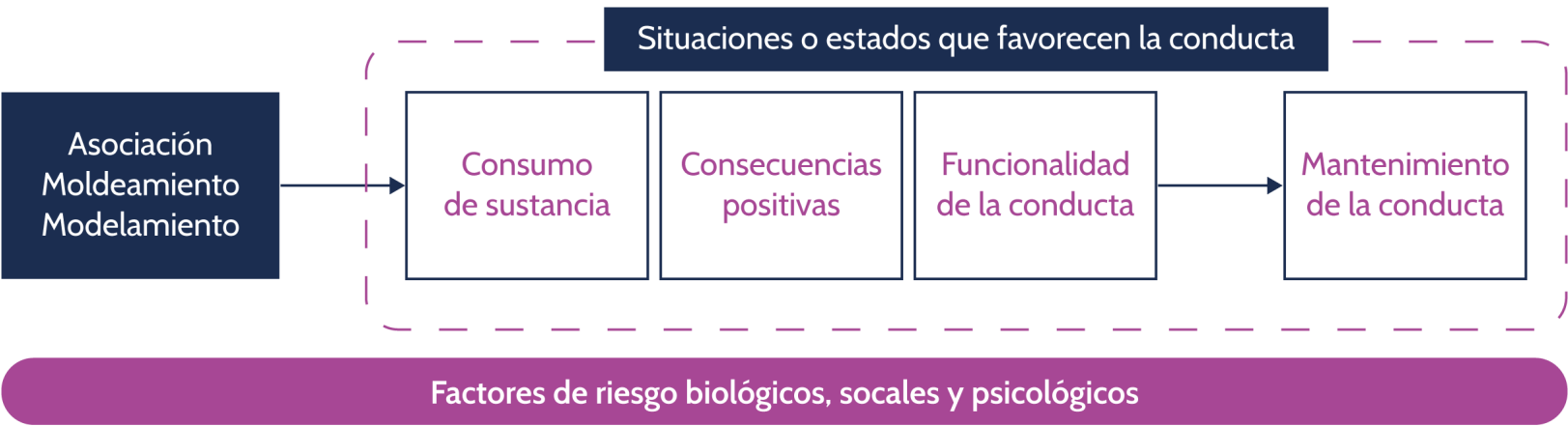
Ahora bien, los modelos antes descritos ubican factores que pueden estar presentes en el desarrollo de conductas de pica, así como algunos mecanismos de intervención para su modificación. Sin embargo, no consideran los procesos conductuales, bajo los cuales se inicia el consumo de una sustancia, se mantiene en el tiempo y permanece, a pesar de ofrecer tratamiento para regular las deficiencias y alteraciones nutricias, fisiológicas y metabólicas (Duclos, 1992).

En este sentido, un modelo derivado desde el análisis conductual (figura 4), que incluya las aportaciones de los modelos previos, podría ofrecer más contribuciones en términos explicativos y de abordaje ante este problema.

De acuerdo con Carter et al. (2004) y Olivas, Alcázar y Méndez (2007), las conductas de pica se desarrollan con base en procesos de aprendizaje asociativo, de moldeamiento o modelamiento, esto es, tras la ingesta de una sustancia:

1. Se experimenta una consecuencia positiva (gustativa o disminución de malestar).
2. No existen consecuencias sociales negativas (al menos inmediatas) o, si se observó llevar a cabo la conducta en alguien más (modelo), no se le presentaron dichas consecuencias.
3. Posteriormente, el mantenimiento de estas se dará por procesos operantes, ya que la conducta de pica cumplirá una función específica para las personas, como lo es, la regulación emocional y manejo de síntomas de la enfermedad o malestares físicos.
4. La conducta de pica se repetirá en situaciones que dispongan de elementos para realizarse, esto es, situaciones donde

Figura 4
Modelo conductual que explica el desarrollo y mantenimiento de las conductas de pica



existe alta probabilidad de realizarla con éxito, situaciones con alta probabilidad no de recibir una consecuencia social negativa y situaciones donde la conducta es reforzada por sus consecuencias físicas, emocionales y sociales.

Investigación sobre conducta de pica en la ERC

Como se mencionó previamente, una población que resulta de interés para la evaluación y tratamiento de las conductas de pica son los pacientes con ERC, esto debido a que presenta una alta prevalencia de estas conductas, además de que, sin un abordaje adecuado, se podría disminuir la efectividad de las terapias de sustitución que se ocupan para estos pacientes y con ello empeorar su calidad de vida (Orozco, Cortés, Márquez, & Núñez, 2019).

Los reportes de detección de casos y abordajes individuales, principalmente desde el área biomédica, se han señalado desde los últimos 30 años del siglo pasado, así se

puede observar en algunos editoriales (Appel & Bleyer, 1999; Garg, Shaver, & Easom, 2004; MacReady, 2010; Tisman, 1970; Ward, 2000), estudios de caso (Abu-Hamdan, Sondheimer, & Mahajan, 1985; Bleyer & Appel, 1998; Brener & Bergman, 2014; Duclos, 1992; Griffith & Bhanot, 1994; Iyasere, Allington, & Cafferkey, 2010; Rho & Renda, 2006; Shapiro & Linas, 1985) y series de casos (Fenves et al., 1995; Gelfand, Zarate, & Knepshield, 1975).

Ahora bien, los datos de investigación sugieren que los pacientes con ERC tienden a presentar las conductas de pica entre el 10% y el 80% (Caine, Rabuzzi, Burzminski, & Lavanty, 2010; Katsoufis et al., 2012; Obialo, Crowell, Wen, Conner, & Simmons, 2001; Ojanen, Oksa, & Pasternac, 1990; Orozco, Corona, Cortés, & Cueto, 2015; Stillman & Gonzalez, 2009; Ward & Kutner, 1999).

Por ejemplo, Ojanen et al. (1990) evaluaron a 72 pacientes en DP y HD, identificando que ocho pacientes en hemodiálisis (20%) y cinco (15%) en diálisis peritoneal reportaron

conductas de pica; Ward y Kutner (1999) evaluaron a 37 pacientes en DP y HD, identificando a seis (16%) con conductas de pica; posteriormente, Obialo et al. (2001) estudiaron a 138 pacientes en HD, identificando que 30 (22%) reportaron algún tipo de conducta de pica.

En estudios más actuales, Stillman y Gonzalez (2009) evaluaron a 149 pacientes en DP y HD encontrando que 57 (38.8%) presentan conductas de pica; Caine et al. (2010) encontraron que, de 92 pacientes, el 80.2% reportó conductas de pica. Katsoufis et al. (2012) evaluaron a 99 niños en DP y HD encontrando que 40 (46%) reportó conductas de pica; Orozco et al. (2015) entrevistaron a 43 pacientes en DP, identificando que el 48% reportó conductas de pica; finalmente, Lugo-González y Sánchez-Cervantes (2019) evaluaron a 100 adultos con ERC en HD, identificando que el 58% de los pacientes cumplió con criterios para conductas de pica.

El interés del estudio de las conductas de pica en el paciente con ERC, se hace evidente toda vez que dichas conductas pueden maximizar el daño implicado en el deterioro renal, tal como la presencia de anemia, las alteraciones electrolíticas y la desnutrición, adicionalmente el consumo de sustancias como el hielo en estos pacientes, interfiere con su adherencia a la restricción de líquidos (necesaria para el control de la enfermedad), derivando en un menor consumo de nutrientes y empeorando su salud y calidad de vida (Orozco et al., 2019).

Evaluación de la conducta de pica

Un dato importante alrededor de los datos mencionados tiene que ver con el proceso de evaluación de las conductas de pica en pacientes con ERC, pues si bien las investigaciones psicológicas en torno a dichas conductas han generado importantes esfuerzos para la evaluación de este tipo de conductas, una dificultad a considerar es la forma en que son evaluadas, ya que se ha hecho de manera heterogénea.

Por ejemplo, Ojanen et al. (1990) emplearon entrevistas y determinaron la compulsión por consumir una sustancia durante más de una semana como criterio de pica. Asimismo, Ward y Kutner (1999) emplearon entrevistas acompañadas de registros diarios, y el criterio de pica implicaba el consumo excesivo, búsqueda del consumo, deseo por consumir o historia de consumo de sustancias no alimentarias; Obialo et al. (2001) utilizaron una entrevista específica sobre hábitos alimentarios y deseo de consumir sustancias específicas.

Por su parte, Katsoufis et al. (2012) y Orozco et al. (2015) emplearon una entrevista basada en el DSM-IV-TR, Caine et al. (2010) reportaron emplear un instrumento con 22 ítems para identificar conductas de pica, y, finalmente, Stillman y Gonzalez (2009) emplearon entrevistas cara a cara y un instrumento con 41 reactivos para identificar el consumo de sustancias y su frecuencia, además, incluye reactivos para evaluar las causas o razones de la ingesta y la temporalidad de esta. Una ca-

racterística relevante de esta última forma de evaluación fue que se explicó a los pacientes una descripción específica de lo que es una conducta de pica, además de garantizar el anonimato como factor primordial para obtener datos verídicos.

Como puede observarse, la pluralidad de los elementos incluidos dentro de la evaluación de conductas de pica es amplia. A esto se le suma el hecho de contar con estudios que, si bien realizan aportaciones importantes para la evaluación de dichas conductas (Stillman & Gonzalez, 2009), carecen de propiedades psicométricas en los instrumentos empleados.

Si bien no se cuenta en la actualidad con una precisión de la evaluación de las conductas de pica, un adecuado análisis funcional de la conducta¹ (AFC), permitiría, en primer lugar,

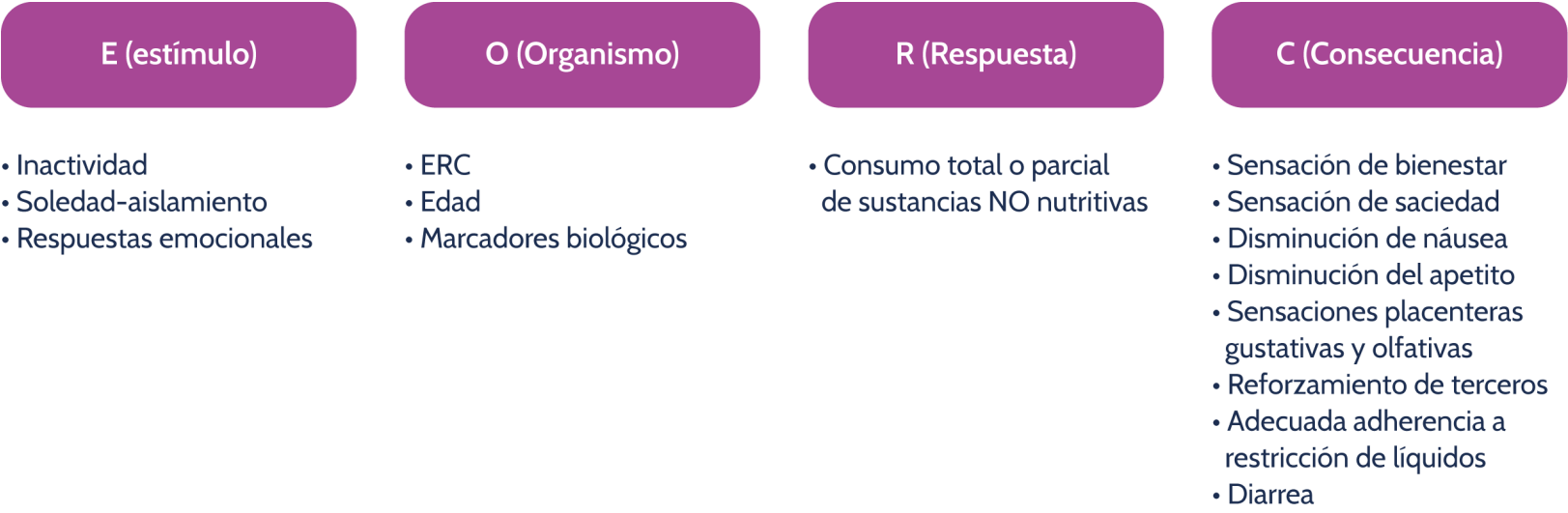
1 El análisis funcional deriva del paradigma filosófico y epistemológico conductual operante, en el que se señalan las variables externas de las que un comportamiento es función. De esta manera, el análisis funcional hace referencia al análisis de las relaciones funcionales o secuencias que caracterizan a una conducta: antecedentes, conducta, consecuencia (Carter et al., 2004; Kanfer & Saslow, 1965; Olivares et al., 2007; Skinner, 1953). En cuanto a la práctica clínica, el análisis funcional es una herramienta clínica sistemática para analizar el comportamiento, dicha herramienta permite identificar las variables que se encuentran relacionadas funcionalmente con la presencia y mantenimiento de los comportamientos de un individuo (Haynes & O' Brien, 1990), además de que permite formular hipótesis con la finalidad de predecir y modificar dicho comportamiento.

identificar la presencia de esta conducta y, en segundo lugar, visualizar los factores asociados al desarrollo y mantenimiento de esta (Froxán et al., 2020). Ejemplo de este AFC se muestra en la figura 5.

La utilidad del AFC en pacientes con ERC se ha mencionado en la investigación de Lugo-González y Sánchez-Cervantes (2019), donde se demostró que los pacientes con ERC y conductas de pica llevan a cabo dichas conductas debido a las sensaciones positivas de tipo gustativo y olfativo, además de percibir disminución de sensaciones negativas como ansiedad y náusea, asimismo, por la experiencia y recomendación de otras personas (modelo), y por lograr limitar el consumo de agua.

En términos generales, el análisis funcional implica la identificación de variables relevantes de las que una conducta es función (Froxán et al., 2020) y, con base en ello, implementar una intervención psicológica pertinente. Es importante recalcar, que no existe un único modelo de análisis funcional, este depende de los distintos elementos conceptuales que forman parte de la estructura funcional que utiliza para identificar las variables de las que un comportamiento es función, en este sentido, Perona y Rivas (1996) refieren como principales modelos el de Lindsley (1964, estímulo-respuesta-contingencia-consecuencia), el de Kanfer y Saslow (1969, estímulo, organismo, respuesta, contingencia, consecuencia) y el de Haynes y O' Brien (1990, Functional Analysis and Functional Clinical Case Model). En el texto se muestra un ejemplo de Modelo Secuencial Integrativo, descrito por Fernández-Ballesteros y Carroble (1981).

Figura 5
Cuadro secuencial integrativo (EORC) que incluye los elementos conductuales que explican el desarrollo y mantenimiento de las conductas de pica en el paciente con ERC



Además, estos comportamientos tienden a incrementar bajo condiciones de inactividad, soledad y estados conductuales emocionales (ansiedad y tristeza). Finalmente, en dicha investigación, también se identificó que, como resultado de consumir una sustancia, los pacientes experimentan sensación de bienestar físico, disminución de ansiedad, sensación de plenitud estomacal, dolor estomacal y diarrea.

En este sentido, desde la perspectiva conductual se determina que el mantenimiento de una conducta se favorece por el tipo de consecuencias experimentadas (Carter et al., 2004; Kanfer & Saslow, 1965; Olivares et al., 2007; Skinner, 1953) y, en el caso ejemplificado, las consecuencias de las conductas de pica se asocian con la experiencia de alivio (reforzamientos positivos), disminución de ansiedad (reforzamientos negativos) y disminución

del apetito; esta última se puede definir como consecuencia positiva, ya que estos pacientes llegan a presentar conductas de anorexia afianzadas en intentos de no aumentar de peso entre sesiones de hemodiálisis y como consecuencia del proceso de enfermedad (Bossola, Tazza, & Luciani, 2009).

Por su parte, el dolor de estómago y la diarrea, también reportados en dicho estudio, se podrían considerar como consecuencias negativas. Sin embargo, se hipotetiza que para algunas personas implicarían, por el contrario, una consecuencia positiva, ya que un efecto de las restricciones hídricas, así como de dieta alta en fibra, es el estreñimiento (Delgado-Cruz & Pérez-Campuzano, 2015).

En este contexto, el AFC permite realizar una evaluación individualizada de las conductas de pica, en contraparte con la literatura de investigación, donde se tiende a identificar factores generales que explican la presencia

de estas conductas, como son las deficiencias nutricias, las alteraciones metabólicas y hormonales (nivel de potasio, fósforo, sodio, hierro, zinc y estados continuos de anemia), edad, pobre apoyo social y alteraciones emocionales (Brener & Bergman, 2014; Carter et al., 2004; Katsoufis et al., 2012; Kaur, 2014; Khan & Tisman, 2010; Orozco et al., 2015; Rose et al., 2000; Skorecki et al., 2001; Stillman & Gonzalez, 2009) omitiendo aquellos factores (situacionales y conductuales) que hacen más probable que se presenten o se mantengan dichas conductas.

Intervención psicológica para conductas de pica

A continuación, se presenta de manera general, una propuesta breve de intervención, con base en el AFC, señalado previamente (figura 5). Se describió que: (1) la conducta de pica implica que la ingesta de una o más sustancias no nutritivas persista durante al menos un mes (Respuesta [R]; y (2) existen variables que están involucradas en que estas conductas se presenten (variables Estímulo [E] y Organismo [O]) y se mantengan en el tiempo (consecuencias [C]).

En este sentido, los objetivos particulares de tratamiento en un paciente con ERC que presenta conductas de pica, formulados a partir del análisis funcional, se deben enfocar en disminuir la frecuencia o en la eliminación de dicha conducta, interviniendo en las variables de las que la conducta de pica es función (Froxán

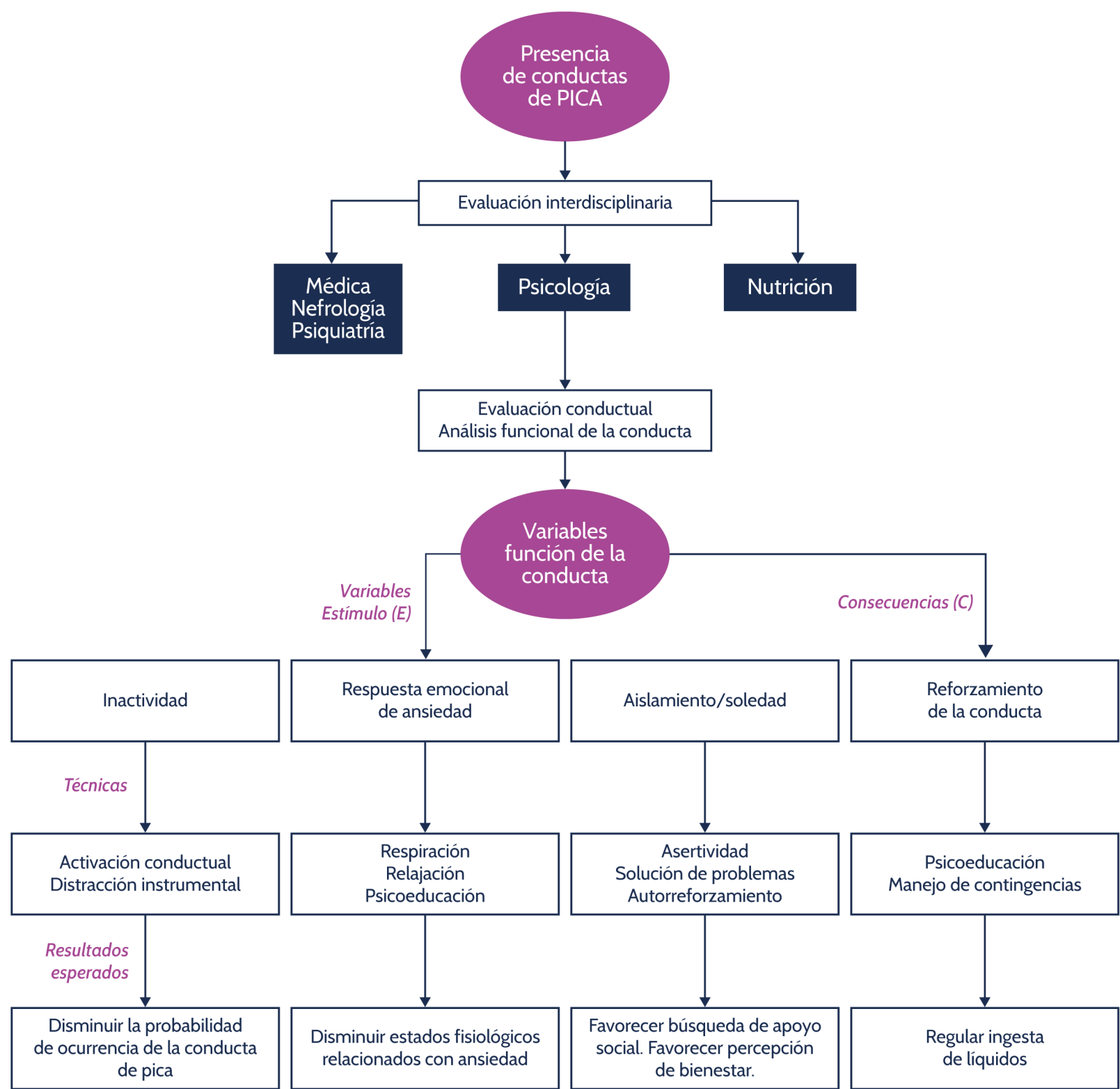
et al., 2020), es decir, variables Estímulo (E), Organismo (O) o de Consecuencias (C). Para esto, un punto esencial de la intervención es el desarrollar habilidades de automonitoreo en los pacientes para la identificación de las variables y de su relación con las conductas de pica.

La propuesta de intervención que se presenta consiste en: (a) identificar las situaciones de riesgo para la realización de conductas de pica; (b) contar con alternativas conductuales que disminuyan la probabilidad de presentar las conductas de pica, por ejemplo, incrementar la actividad física del paciente al estar en estas situaciones de riesgo, o entrenarlo en técnicas de distracción instrumental; (c) entrenar en habilidades asertivas y de solución de problemas para contrarrestar el aislamiento y favorecer la percepción de bienestar emocional; (d) entrenar en técnicas para el control de la activación psicofisiológica y realizar psicoeducación, de esta manera, el paciente podrá regular estados fisiológicos relacionados con la ansiedad y podrá conocer las conductas necesarias para un adecuado control de su enfermedad; y (e) otorgar psicoeducación y manejo de contingencias (de forma interdisciplinaria – médico, enfermero, nutriólogo, trabajador social y psicólogo –) a familiares y cuidadores que interactúan con el paciente con ERC que presenta conducta de pica, acerca de la ingesta de sustancias no alimentarias, las consecuencias y las variables relacionadas con dicha conducta. Todo lo anterior dirigido hacia una meta en co-

mún: disminuir o eliminar la conducta de pica en el paciente con ERC. En la figura 6, se presenta un esquema general de la posible intervención a realizar con este tipo de pacientes.

Figura 6

Propuesta general de evaluación e intervención para disminuir conducta de pica en el paciente con ERC



Conclusiones

Se hace evidente la necesidad de identificar

las conductas de pica en el paciente renal, por todas las implicaciones abordadas que pueden empeorar su condición de salud, principalmente las de tipo clínico y social (Orozco et al., 2019).

Asimismo, se hace énfasis en que se requiere mayor investigación sobre esta temática, ya que su estudio se ha orientado hacia diferentes etapas etarias y otras condiciones –niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, personas con comorbilidades psiquiátricas, adultos mayores y mujeres embarazadas– (Gupta & Gupta, 2005; López et al., 2004; Moline, Hou, Chevrier, & Thomassin, 2021; O'Brien, 2019; Swift et al., 1999), no así en personas con enfermedades crónico degenerativas (Orozco et al., 2019; Quick et al., 2013).

Es esencial señalar al análisis funcional de la conducta como la forma de evaluación por excelencia, pues permite esclarecer las contingencias subyacentes a la conducta de pica y al mantenimiento de esta; además, este tipo de análisis da la pauta para promover arreglos contextuales y de intervención sobre las variables de las cuales la conducta de pica es función, para así disminuir su frecuencia y alterar la probabilidad de que se presente (Froxán et al., 2020; Lugo-González & Sánchez-Cervantes, 2019; Moline et al., 2021; Rapp, Dozier, & Carr, 2001; Williams & McAdam, 2012).

Esta identificación de las contingencias asociadas a la conducta de pica, permitirá de-

sarrollar formas de intervención particulares a casos específicos para la modificación de este tipo de comportamientos, destacando la recomendación de intervención conductual, ya que son los tratamientos de primera línea para este tipo de problemas (Carter et al., 2004; Frenk, Faure, Nieto, & Olivares, 2013; Mishori & McHale, 2014; O'Brien, 2019; Rose et al., 2000; Singh, 2013; Stillman & Gonzalez, 2009; Viguria & Miján de la Torre, 2006).

La propuesta general de intervención mostrada en el presente capítulo concuerda, en gran parte, debido a las poblaciones a quienes van dirigidas, con las evidencias más actuales y las recomendaciones clínicas para el manejo de conductas de pica (Moline et al., 2021; Rapp et al., 2001; Williams & McAdam, 2012), entre las cuales se destacan y recomienda el uso de estrategias basadas en procedimientos de refuerzo (contingente y no contingente), el reforzamiento diferencial de otras conductas, basadas en el castigo (sobrecorrección), la modificación ambiental, el bloqueo de respuesta y el automonitoreo (Moline et al., 2021; Williams & McAdam, 2012).

El presente capítulo también ofrece la necesidad de trabajar desde una visión interdisciplinaria, ya que todo lo relacionado con la enfermedad renal y estados nutricios requieren la atención de nefrólogos y nutriólogos, que pueden ser elemento clave en el mantenimiento de las conductas de pica, toda vez que se reconozca su relación funcional con dicha conducta, al efectuar el análisis pertinente.

Referencias

- Abu-Hamdan, D., Sondheimer, J., & Mahajan, S. (1985). Cautopyreiophagia. Cause of life-threatening hyperkalemia in a patient undergoing hemodialysis. *The American Journal of Medicine*, 79(4), 517-519. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(85\)90042-7](https://doi.org/10.1016/0002-9343(85)90042-7)
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Appel, R., & Bleyer, A. (1999). Pica associated with renal and electrolyte disorders. *The International Journal of Artificial Organs*, 22(11), 726-729.
- Bleyer, A., & Appel, R. (1998). Metabolic alkalosis due to Pica in a Hemodialysis Patient. *Neprhon*, 79, 483-484. <https://doi.org/10.1159/000045101>
- Bossola, M., Tazza, L., & Luciani, G. (2009). Mechanisms and treatment of anorexia in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 19(1), 2-9. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2008.10.003>
- Brener, Z., & Bergman, M. (2014). Necrotizing pancreatitis due to hypercalcemia in a hemodialysis patient with pica. *Clinical Kidney Journal*, 7(4), 399-401. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfu065>
- Caine, N., Rabuzzi, J., Burzminski, N., & Lavanty, D. (2010). Prevalence and Characteristics of Pica in Renal Patients on Hemodialysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(4). <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.03.102>
- Carter, S., Wheeler, J., & Mayton, M. (2004). Pica: A review of recent assessment and treatment procedures. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 39(4), 346-358. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/23880214>
- Christensen, A., & Ehlers, S. (2002). Psychological factors in End-Stage Renal Disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.712>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
- Delgado-Cruz, M., & Pérez-Campuzano, C. (2015). Tratamiento nutricional del paciente endiálisis. En J. C. Peña-Rodríguez, & J. M. Ramos-Gordillo (Eds.), *Diálisis físicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones* (pp. 343-360). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Duclos, J. (1992). Reappearance of pica symptoms during erythropoietin treatment *Revista Médica de Chile*, 120(3), 296-299.

- Fenves, A.Z., Cochran, C., & Scott, C. (1995). Clay pica associated with profound hypophosphatemia and hypercalcemia in a chronic hemodialysis patient. *Journal of Renal Nutrition*, 5(4), 204-209. [https://doi.org/10.1016/1051-2276\(95\)90003-9](https://doi.org/10.1016/1051-2276(95)90003-9)
- Fernández-Ballesteros, R., & Carrobes, J. (1981). *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. España: Pirámide.
- Frenk, S., Faure, M.A., Nieto, S., & Olivares, Z. (2013). Pica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(3), 58-65. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2013/hi131k.pdf>
- Froxán, P.M.X., de Pascual, V.R., Ávila, H.I., & Alonso-Vega, J. (2020). Evolución histórica del análisis funcional. En P. M. X. Froxán (Coord.), *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 26-52). España: Pirámide.
- Gelfand, M., Zarate, U., & Knepshield, J. (1975). Geophagia. A cause of life-threatening hyperkalemia in patients with chronic renal failure. *Journal of the American Medical*, 234(7), 738-40. <https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260200054019>
- Griffith, J., & Bhanot, V. (1994). Geophagia in a chronic hemodialysis patient. *West Virginia Medical Journal*, 90(3), 106-107.
- González-De-Jesús, L.N., Sánchez-Román, S., Morales-Buenrostro, L.E., Ostrosky-Solís, F., Alberú, J., García-Ramos, G., Marino-Vázquez, L.A., & McClintock, S.M. (2011). Assessment of emotional distress in chronic kidney disease patients and kidney transplant recipients. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 558-563. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn116b.pdf>
- Gupta, R.K., & Gupta, R. (2005). Clinical profile of pica in childhood. *JK Science. Journal of Medical Education & Research*, 7(2), 61-63. Recuperado de <https://www.jkscience.org/archive/Volume72/clinical.pdf>
- Garg, M., Shaver, M., & Easom, A. (2004). Pica: An underappreciated cause of electrolyte abnormalities. *Nephrology News and Issues*, 18(5), 28-33.
- Haynes, S., & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10(6), 649-668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Iyasere, O., Allington, Y., & Cafferkey, M. (2010). Polyurethane foam pica in a patient with excessive interdialytic weight gain. *British Medical Journal Case Reports*. <https://doi.org/10.1136/bcr.03.2010.2826>
- Jansen, D., Rijken, M., Heijmans, M., Kaptein, A., & Groenewegen, P. (2012). Psychological and social aspects of living with chronic kidney disease. En S. Manisha (Ed.), *Chronic Kidney Disease and Renal Transplantation* (pp. 47-74). Croatia: InTech.

- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. New York: McGraw-Hill.
- Katsoufis, C.P., Kertis, M., McCullough, J., Pereira, T., Seeherunvong, W., Chandar, J., Zilleruelo, C., & Abitbol, C. (2012). Pica: an important and unrecognized problem in pediatric dialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 22(6), 567-571. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2011.10.038>
- Kaur, J. (2014). Pica as a culture bound syndrome. *Delhi Psychiatry Journal*, 17(1), 144-147. Recuperado de <http://medind.nic.in/daa/t14/i1/daat14i1p144.pdf>
- Khan, Y., & Tisman, G. (2010). Pica in iron deficiency: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 4(86), 1-3. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-86>
- Lindsley, O.R. (1964). Direct measurement and prosthesis of retarded behavior. *Journal of Education*, 147(1), 62-81. <https://doi.org/10.1177/002205746414700107>
- López, L.B., Ortega, C.R., & Martín de Portela, M.L.P. (2004). La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54(1), 17-24.
- Lugo-González, I.V., & Sánchez-Cervantes, C.T. (2019). Conducta de pica en pacientes con enfermedad renal crónica terminal: Variables conductuales, psicosociales y clínicas asociadas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(2). Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/pages/view/avanceslinea>
- MacReady, N. (2010). Diet dangers for pediatric renal patients. *Dialysis & Transplantation*, 38, 178-181. <https://doi.org/10.1002/dat.20445>
- McKercher, Ch., Venn, A., Blizzard, L., Nelson, M., Palmer, A., Ashby, M., Scott, J., & Jose, M. (2013). Psychological factors in adults with chronic kidney disease: characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *Biomed Central Nephrology*, 14(83), 14-28. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-14-83>
- Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J.F., Tapia-Yáñez, T., Muñoz Montes, A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Revista de Diálisis y Trasplante Renal*, 31(1), 7-11. [https://doi.org/10.1016/S1886-2845\(10\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7)
- Mishori, R., & McHale, C. (2014). Pica: An age-old eating disorder that's often missed. *Journal of Family Practice*, 63(7), 1-4.
- Moline, R., Hou, S., Chevrier, J., & Thomassin, K. (2021). A systematic review of the effectiveness of behavioural treatments for pica in youths. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 39-55. <https://doi.org/10.1002/cpp.2491>

- Mucsi, I. (2008). Health-Related Quality of Life in chronic kidney disease patients. *Primary Psychiatry*, 15(1), 46-51. Recuperado de <http://primarypsychiatry.com/>
- O' Brien, M. (2019). Pica. En J.L. Matson (Ed.), *Handbook of Intellectual Disabilities, Autism and child Psychopatology* (pp. 607-625). USA: Springer.
- Obialo, C.I., Crowell, A.K., Wen, X.J., Conner, A.C., & Simmons, E.L. (2001). Clay pica has no hematologic or metabolic correlate in chronic hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 11(1), 32-36. <https://doi.org/10.1053/jren.2001.19737>
- Ojanen, S., Oksa, H., & Pasternac, A. (1990). Pica in renal patients. *Dialysis and Transplantation*, 19, 429-433.
- Olivares, J., Alcázar, A.I.R., & Méndez, F.X. (2007). Características clínicas y tratamiento de los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria en la infancia. En V.E. Caballo., & M. A. Simón (Coords.), *Manual de Psicología Clínica y del Adolescente* (pp. 79-98). Madrid: Pirámide.
- Orozco, C.N., Corona, B., Cortés, L., & Cueto, A. (2015). *Prevalencia de PICA en la Enfermedad Renal Crónica Terminal*. Trabajo presentado en la LXIII reunión anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Cancún, Quintana Roo, México. Recuperado de http://www.geyseco.es/epi2015/images/fotosg/tabla_1993_CO155.pdf
- Orozco, C.N., Cortés, L., Márquez, R.M., & Núñez, G.K. (2019). Pica en enfermedad renal crónica avanzada: revisión de la literatura. *Nefrología*, 39(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.08.001>
- Peña-Rodríguez, J.C., & Ramos-Gordillo, J.M. (2015). Principios fisicoquímicos de la diálisis. En J.C. Peña-Rodríguez, & J.M. Ramos-Gordillo (Eds.), *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones* (pp. 49-65). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Perona, G.S., & Rivas, H.C. (1996). Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional de la conducta en el ámbito clínico. *Acta Comportamentalia*, 4(2), 237-259. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/59545>
- Quick, V.M., Byrd-Bredbenner, C., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Chronic illness and disordered eating: a discussion of the literature. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 4(3), 277-286. <https://doi.org/10.3945/an.112.003608>
- Rapp, J.T., Dozier, C.L., & Carr, J.E. (2001). Functional assessment and treatment of pica: A single-case experiment. *Behavioral Interventions*, 16(2), 111-125. <https://doi.org/10.1002/bin.79>
- Rho, M., & Renda, J. (2006). Pica presenting as metabolic alkalosis and seizure in a dialysis patient. *Clinical Nephrology*, 66(1), 71-73. <https://doi.org/10.5414/cnp66071>

- Rose, E., Porcerelli, J., & Neale, A. (2000). Pica: Common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(5), 353-358.
- Sáenz-Ortega, A.A.C. (2015). Trastornos emocionales y conductuales en el enfermo renal en diálisis. En J.C. Peña-Rodríguez, & J.M. Ramos-Gordillo (Eds.), *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones* (pp. 361-366). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Shapiro, M.D., & Linas, S.L. (1985). Sodium chloride pica secondary to iron deficiency anemia. *American Journal of Kidney Diseases*, 5(1), 67-68. [https://doi.org/10.1016/S0272-6386\(85\)80140-2](https://doi.org/10.1016/S0272-6386(85)80140-2)
- Singh, A.P. (2013). Pica-A Case Report on Eating Disorder of Rural Adolescent Girl. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 3(9), 1-5. Recuperado de <http://www.ijsrp.org/research-paper-0913.php?rp=P211818>
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skorecki, K., Green, J., & Breenner, B. (2001). Insuficiencia renal crónica. En E. Braunwald., A. Favci, D., Kasper, S., Hauser, D., Longo, & J., Jameson (Comp.), *Harrison. Principios de medicina interna, Vol II* (pp. 1815-1839). México: McGrawHill.
- Stillman, M., & Gonzalez, E. (2009). The incidence of pica in a sample of dialysis patients. *Journal of Psychology and Counseling*, 1(5), 66-93. Recuperado de <http://www.academicjournals.org/JPC>
- Swift, I., Paquette, D., Davison, K., & Saeed, H. (1999). Pica and trace metal deficiencies in adults with developmental disabilities. *British Journal of Development Disabilities*, 45(89), 111-117. <https://doi.org/10.1179/O96979599799155948>
- Tamayo y Orozco, J.A. (2015). Epidemiología de la enfermedad renal en el siglo XXI. En J.C. Peña-Rodríguez, & J.M. Ramos-Gordillo (Eds.), *Diálisis fisicoquímica y fisiología: indicaciones y complicaciones* (pp. 3-10). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Tisman, G. (1970). Resinphagia. *New England Journal of Medicine*, 283(11), 602. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5271160/>
- Vázquez-Mata, I., & Reynoso-Erazo, L. (2014). El especialista en medicina conductual y la atención al enfermo renal. En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 193-212). Hermosillo: Qartuppi.
- Viguria, P.F., & Miján de la Torre, A. (2006). La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutrición Hospitalaria*, 21(5), 557-566.
- Ward, P. (2000). Consequences of Pica in dialysis patients. *Seminar in Dialysis*. 13 (1), 56-59. <https://doi.org/10.1046/j.1525-139x.2000.00014-3.x>
- Ward, P., & Kutner, N.G. (1999). Reported pica behavior in a sample of incident dialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 9(1), 14-20. [https://doi.org/10.1016/S1051-2276\(99\)90017-1](https://doi.org/10.1016/S1051-2276(99)90017-1)

Williams, D.E., & McAdam, D. (2012).
Assessment, behavioral treatment, and
prevention of pica: clinical guidelines
and recommendations for practitioners.

Research in Developmental Disabilities,
33(6), 2050-2057. [https://doi.
org/10.1016/j.ridd.2012.04.001](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.04.001)

Capítulo 6

Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual para el dolor en pacientes con enfermedad crónica

*Ana Leticia Becerra Gálvez, Diana Salazar Díaz,
Guadalupe Arely Hernández Gálvez y Yuma Yoaly Pérez Bautista*

Actualmente, la definición de dolor, que ha sido adoptada por investigadores y profesionales de la salud, es la que ofreció en 1979 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), la cual señala que el dolor es una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño” (p.1). En ese sentido, se dice que es un fenómeno multidimensional que incluye elementos psicológicos los cuales pueden mediar, predisponer o potenciar la intensidad, frecuencia y duración de los mecanismos relacionados a este y a sus significados.

Los factores cognitivos, emocionales, conductuales y sociales forman parte fundamental del estudio y tratamiento del dolor en cualquiera de sus manifestaciones. La experiencia de vivir con dolor suele estar condicio-

nada por dichas variables psicosociales que, a su vez, interactúan de forma inversa (Edwards, Dworkin, Sullivan, Turk, & Wasan, 2016).

Ante el reconocimiento de dichos factores en el control de las respuestas asociadas al dolor, es necesario que el psicólogo especialista en medicina conductual (MC) desarrolle habilidades que le permitan responder de forma eficaz ante este tipo de problemas, por lo que, en este capítulo se exponen una serie de alternativas para la evaluación e intervención bajo el enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor en pacientes con enfermedad crónica. De forma paralela, se proponen algunas sugerencias relacionadas al trabajo clínico y se describen las competencias esperadas en el maestro en Psicología con área de especialidad en MC que desarrolla su práctica en pacientes que experimentan dolor.

Dolor: avances y reconocimiento de los elementos psicosociales

Dados los avances científicos para evaluar el dolor, en 2018, la IASP formó un grupo de profesionales con amplia experiencia clínica en el tratamiento de este fenómeno para hacer una serie de ajustes a la definición, fue así como Raja et al. (2020) dieron a conocer los elementos que deben ser incluidos en el abordaje médico y psicológico del dolor, los cuales se enumeran a continuación:

1. El dolor como experiencia personal, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes, es decir, el dolor no se puede inferir por la exclusiva actividad neurosensorial, por lo tanto, es fundamental conocer el contexto del individuo.
3. Las personas aprenden el concepto de dolor, sus manifestaciones y consecuencias a través de sus experiencias de vida.
4. Se debe respetar el informe de una persona sobre la experiencia de dolor, y en ese sentido, llevar a cabo una evaluación multidisciplinaria e integral.
5. Aunque el dolor suele tener un papel adaptativo, puede tener efectos sobre la función, el bienestar social y psicológico de quien lo padece.
6. La descripción verbal es solo una de varias conductas para expresar dolor, por lo tanto, hay que explorar otros medios y formas para comunicarnos con el paciente. La incapacidad para comunicarse no

niega la posibilidad de que el dolor está presente.

Bajo estas premisas, se entiende que el dolor es una experiencia individual mediada por factores contextuales, y se expresa según diferentes elementos como el sexo del paciente, la edad, la enfermedad crónica de base, el estatus socioeconómico y las redes de apoyo social. Por lo que, en la actualidad, el dolor debe concebirse como un fenómeno biopsicosocial, y así, reconocer el papel que juegan las interacciones complejas entre los elementos psicológicos y socioculturales (Cheatle, 2016).

El dolor –sobre todo el crónico– afecta distintas dimensiones y esferas, tanto del paciente como de quienes lo rodean, con repercusiones emocionales, económicas, sociales y laborales (Amaya & Carrillo, 2015). Otro elemento, que se ha incluido en la conceptualización del dolor, es la espiritualidad, la cual figura como un elemento clave en proceso de afrontamiento de la experiencia dolorosa y que es entendido como un sistema interno que incluye valores relacionados con el significado, propósito y sentido de la vida, por lo tanto, influye en el bienestar humano, la conducta y la salud (Fuentes, 2018; Pinto, 2007; Siler, Borneman, & Ferrell, 2019). Al hablar del dolor como un fenómeno multidimensional y multinivel es indispensable hallar mecanismos de evaluación e intervención que permitan mejorar la funcionalidad y reducir el malestar emocional asociado a esta experiencia aversiva.

Evaluación del dolor: la entrevista como estrategia elemental

La entrevista clínica es una herramienta esencial en el diagnóstico del dolor y los factores psicosociales asociados a él. Es un proceso que conlleva una serie de elementos, que ofrecen al clínico la posibilidad de identificar con claridad las formas y parámetros en los que se manifiesta, los estímulos que lo originan, exacerban o inhiben, pero también, otros aspectos que son de relevancia psicosocial cuando se padece. Según Taylor (2006), la entrevista incluye los elementos que se describen en la figura 1. Sin embargo, para fines de la elaboración de un análisis funcional de los comportamientos del dolor también debe incluirse lo siguiente:

- a. *Formas en las que se comunica a otro la experiencia de dolor*: conocer la intensidad del dolor, localización, duración y frecuencia.
- b. *Manifestación de reacciones emocionales y conductuales ante el dolor (morfologías de la conducta)*: identificar el sistema de creencias y la interpretación que se da al dolor y sus consecuencias, la forma como lo percibe y evalúa, el tipo de respuestas emocionales que se producen, el nivel de discapacidad que provoca y la funcionalidad que tiene el paciente en su vida diaria.
- c. *Función de la expresión del dolor y respuestas emitidas por otros*: identificar si los comportamientos relacionados a la expresión del dolor (respuestas condicio-

nadas) suelen ser emitidos ante ciertas situaciones (estímulos condicionados) o si dichos comportamientos de dolor (respuestas operantes) se ven fortalecidos en el tiempo por la emisión de ciertos comportamientos de otros (estímulos reforzadores).

- d. *Respuesta a las intervenciones médicas y el tratamiento analgésico*: identificar el grado de adherencia al tratamiento, las posibles consecuencias de la polifarmacia, el abuso de rescates –medicamento de acción rápida para aliviar el dolor u otros síntomas en cuestión de minutos y que no tiene efectos a largo plazo (Pearl, 2015)–, la automedicación y el uso inapropiado de los opioides y tratamientos alternativos.

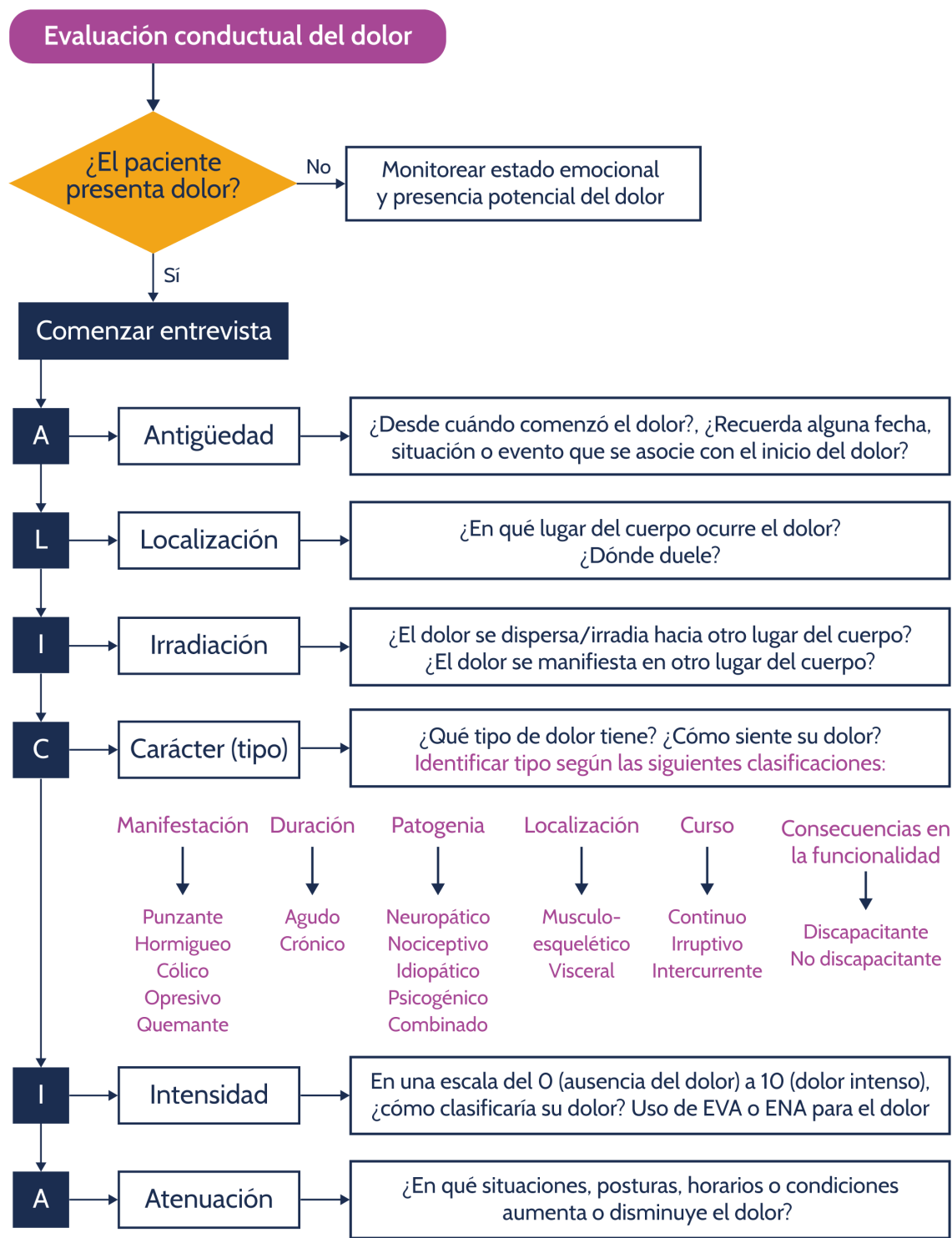
Cid, Acuña, De Andrés, Díaz y Gómez-Caro (2014) mencionan que debido a que el dolor es una experiencia subjetiva, se han desarrollado varios métodos para ayudar al clínico a comprender y clasificar síntomas como son los métodos verbales (unidimensionales y multidimensionales) y las medidas fisiológicas. Dentro de las escalas unidimensionales se encuentran las llamadas *escalas subjetivo análogas* (Bieri, Reeve, Champion, Addicoat, & Ziegler, 1990), de las cuales se derivan la escala visual análoga (EVA), la escala numérica análoga (ENA) y la escala de dolor facial (EFA-D). Por su parte, para evaluar con métodos multidimensionales se encuentra el

cuestionario de McGill (Bejarano, Osorio, Rodríguez, & Berrío, 1985) y el cuestionario breve de dolor (Gálvez et al., 2008).

En el caso de los pacientes con dolor crónico o total, será importante indagar sobre la espiritualidad. Para ello, pueden utilizarse diferentes herramientas de evaluación como,

por ejemplo, una de las sugeridas por Siler et al. (2019) denominada *HOPE* (por sus siglas en inglés), donde “H” hace referencia a fuentes de esperanza del paciente, “O” si pertenece a alguna organización religiosa, “P” a las características de la espiritualidad personal o a sus prácticas espirituales y “E” a los efectos que

Figura 1
Evaluación conductual del dolor



tiene la espiritualidad en la atención médica o problemas relacionados con el fin de la vida. Ejemplos de preguntas que podrían usarse con esta herramienta son: *¿a qué te aferras en tiempos difíciles?, En tu vida, ¿qué te brinda apoyo interno?, ¿te consideras parte de una religión organizada?, ¿tiene alguna práctica espiritual personal independiente de la religión organizada?, ¿estar enfermo ha afectado tu habilidad de realizar las cosas que comúnmente te ayudan espiritualmente?*

Evaluación y tratamiento de respuestas psicológicas asociadas al dolor

La expresión de dolor se caracteriza por ser subjetiva, es modulada por la cultura y por factores psicológicos, tales como la personalidad –que para fines de este capítulo será entendido como el modo relativamente estable de emitir comportamientos ante los estímulos ambientales y que se configura con las experiencias que vive el individuo–, el estado de ánimo, el afrontamiento químico –del cual se hablará más adelante– y la capacidad cognitiva del paciente (Del Fabbro, 2014; Hui & Bruera, 2014). En población general, al tener descontrol de dolor incrementan los niveles de la respuesta emocional, como en este caso, depresión, ansiedad y estrés que suelen ser las emociones más frecuentes en las personas con dolor (Hui & Bruera, 2014). A continuación, se describen las pautas de evaluación e intervención para cada una de ellas.

Dolor y depresión

La asociación entre dolor crónico y depresión es compleja, supone la persistencia de una serie de respuestas que obedecen a un contexto y que varían en su agravamiento y frecuencia según las demandas de este. De acuerdo con la hipótesis cognitivo-conductual, hay mediadores psicológicos involucrados en la relación entre ambas variables y esto puede considerarse como una variante importante de la clásica hipótesis que indica que la depresión ocurre como resultado del dolor (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Holmes, Christelis, & Arnold; 2013). Aspectos como la interferencia de vida, pérdida de la funcionalidad, aumento de la discapacidad y disminución de autocontrol en el manejo del dolor figuran como mediadores entre el dolor y la depresión (Surah, Baranidharan, & Morley, 2014). Hasta la fecha, los mecanismos coexistentes entre estas variables no han sido identificados con claridad; sin embargo, existe una superposición considerable entre el dolor y las vías sensoriales involucradas en el estado de ánimo.

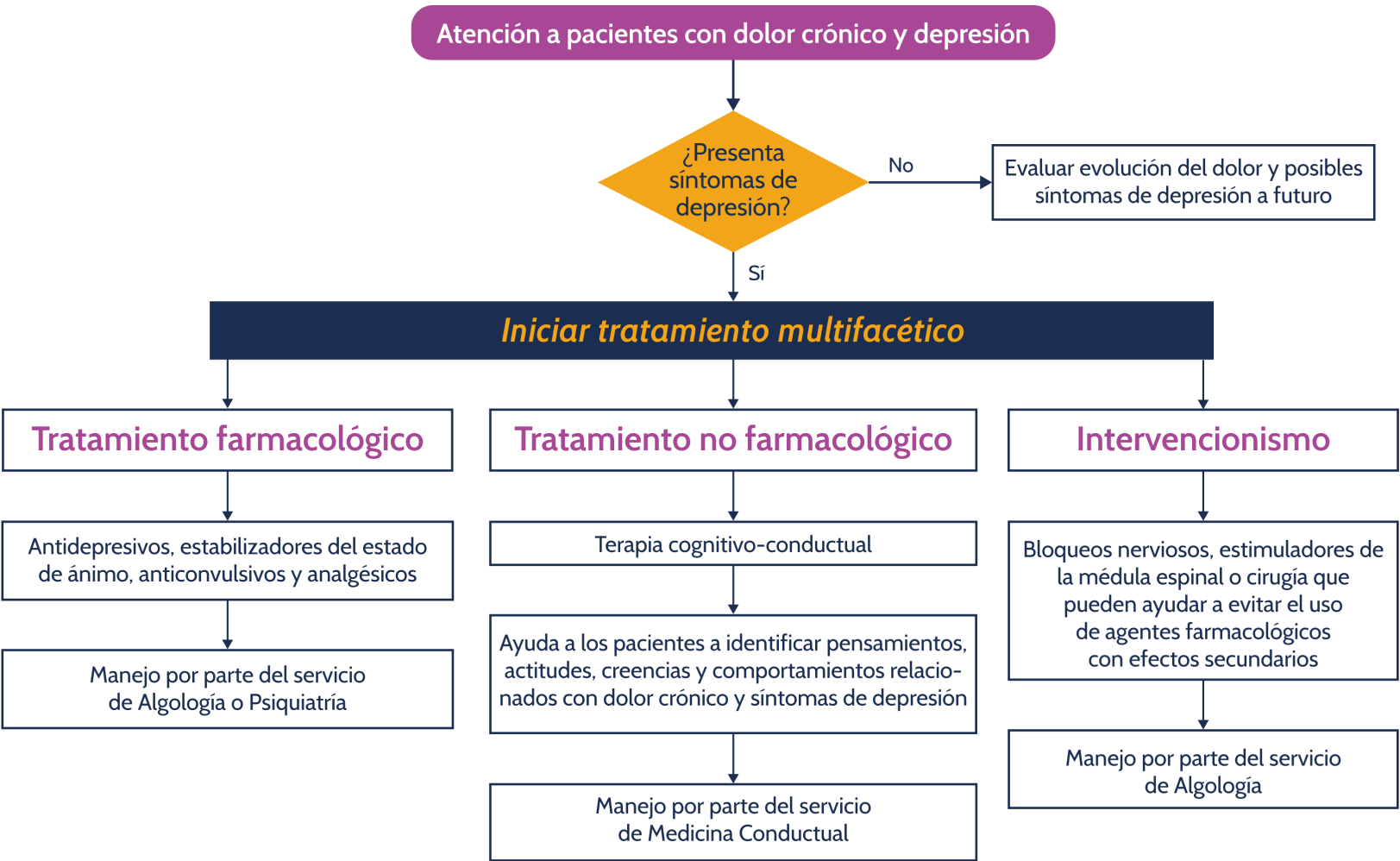
Una revisión sistemática realizada por IsHak et al. (2018), en la cual se analizaron un total de 28 artículos y cuyo objetivo fue describir el impacto de la depresión y el dolor sobre el funcionamiento y los mejores tratamientos para el abordaje de ambas comorbilidades, reveló que el dolor y la depresión están entrelazados y pueden exacerbar los síntomas físicos y psicológicos. Se encontró que una base bio-

química importante para el dolor se centra en los sistemas serotoninérgico y norepinefrina, por lo cual, para aliviarlo se puede utilizar antidepresivos. En cuanto a los tratamientos, se encontró que las farmacoterapias alternativas como la ketamina y los cannabinoides parecen ser opciones seguras y efectivas para mejorar los síntomas depresivos y aliviar el dolor, mientras que la terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser una herramienta psicológica prometedora en el tratamiento del dolor crónico y la depresión.

Autores como Heer et al. (2013) y Surah et al. (2014) refieren que la depresión en

pacientes con dolor crónico se controla mejor con la ayuda de los servicios psiquiátricos, que comúnmente involucra a psicólogos con formación conductual. Un programa de tratamiento multifacético y adaptado al paciente, atención multidisciplinaria y la combinación de intervenciones que incluyan la monitorización activa de los síntomas es fundamental en estos casos como se muestra en la figura 2. Este tipo de intervenciones suelen resumirse en tres categorías importantes: farmacológicas, no farmacológicas (relacionado con la aplicación de estrategias psicológicas, por ejemplo, la TCC) e intervencionismo.

Figura 2
Atención a pacientes con dolor crónico y depresión



Castro, Daltro, Campos y Lopes (2012) y Surah et al. (2014) indican que la TCC tiene como objetivo ayudar a los pacientes a evaluar el impacto del dolor y propiciar respuestas más adaptativas en su vida diaria, además, que ha sido considerada la base de muchos programas de control del dolor y depresión, mostrándose eficaz. Dichas intervenciones incluyen estrategias psicoeducativas, programación de actividades, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas, modificación de comportamientos asociados al dolor y práctica de ejercicios (Salveti et al., 2012). En el caso de la programación de actividades se dice que, al aumentar las actividades sociales, laborales y recreativas de un individuo con dolor, tienden a disminuir sus niveles de depresión y ansiedad (Duarte, Gajos, Daglia, & Fregni, 2010). Por otro lado, Antón, García y García (2016) plantean que los tratamientos psicológicos que han mostrado mayor eficacia para la depresión incluyen la TCC, la activación conductual (AC) o la terapia en solución de problemas (TSP). En relación con esta última, Heer et al. (2013) mencionan que la TSP es una intervención breve y estructurada que ofrece una guía para la toma de decisiones del paciente en su día a día, por lo tanto, resulta ser una opción en casos de respuestas depresivas persistentes. Según Plata, Castillo y Guevara (2004), la teoría cognitiva parece aportar algo de luz a la dicotomía depresión-dolor, esto debido a que se

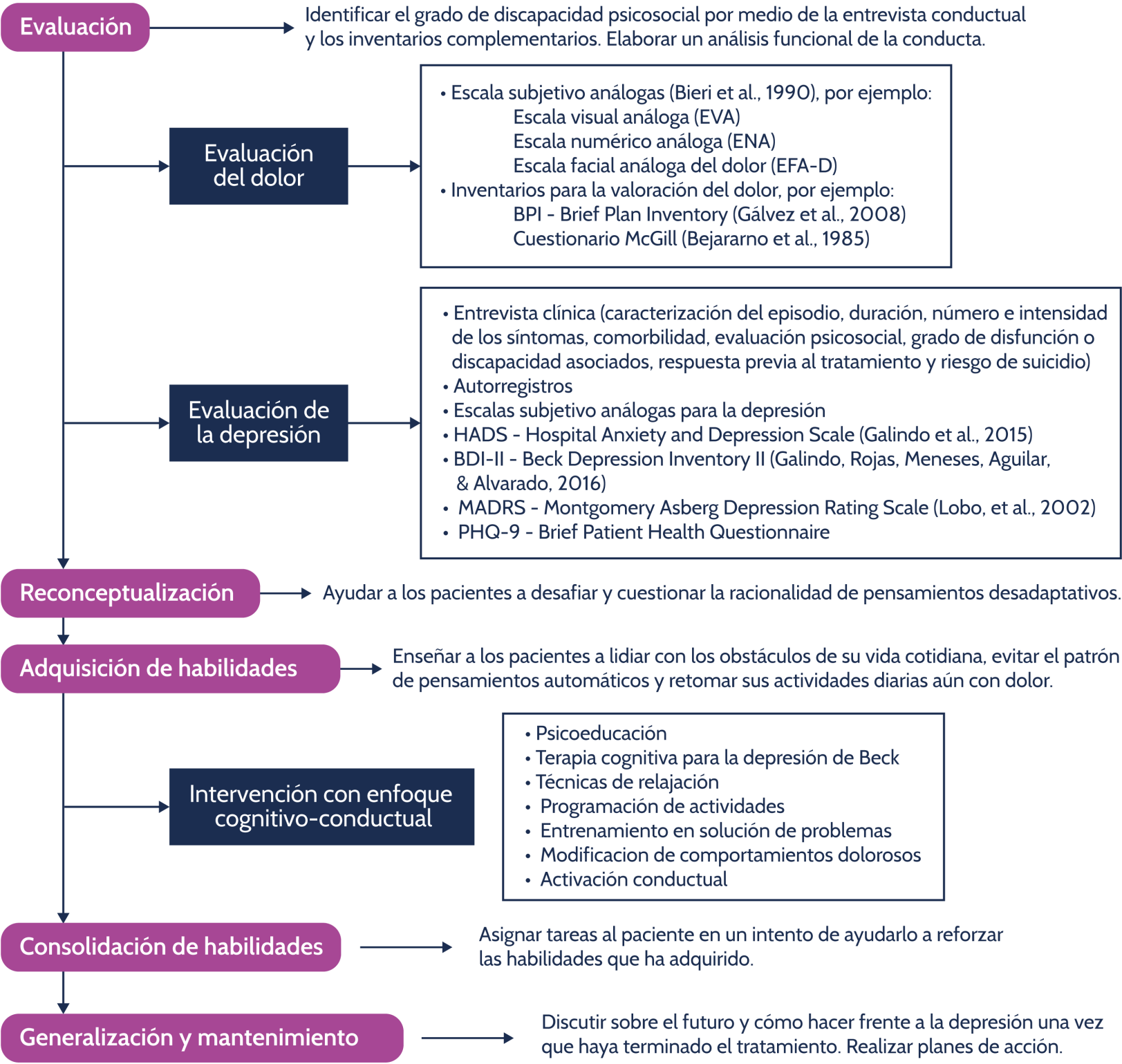
reconoce el papel de las distorsiones cognitivas y, una vez identificadas, se puede ayudar al paciente a modificarlas y reducir el impacto que estas podrían tener en la percepción del dolor.

Como puede notarse, el uso de las técnicas y procedimientos encaminados a la reducción de respuestas depresivas asociadas al dolor supone un proceso continuo de evaluación y análisis funcional de los componentes asociados. Se trata de un proceso que conlleva entrenar y consolidar en el paciente las habilidades que le permitan enfrentar adaptativamente el dolor y, evidentemente, un seguimiento sistemático de los síntomas (Surah et al., 2014). En la figura 3, se presentan algunas pautas para la evaluación e intervención sobre la depresión en pacientes con dolor.

Dolor y ansiedad

La ansiedad por dolor es producto de los miedos que los pacientes experimentan por sus síntomas, los cuales suelen asociarse con la creencia de que su dolor indica daño y, por lo tanto, causa sufrimiento (Salayani et al., 2016). Cuando el dolor es persistente, la ansiedad y el miedo suelen ser frecuentes e intensos. Estas respuestas se encuentran funcionando por mecanismos aprendidos de miedo-evitación, en donde el miedo constituye el factor regulador de las emociones en relación con el dolor y se desarrolla a partir de una interpretación cognitiva del dolor como amenaza (catastrofización), interviniendo procesos atencionales (hipervigilancia), que a su vez llevan al sujeto

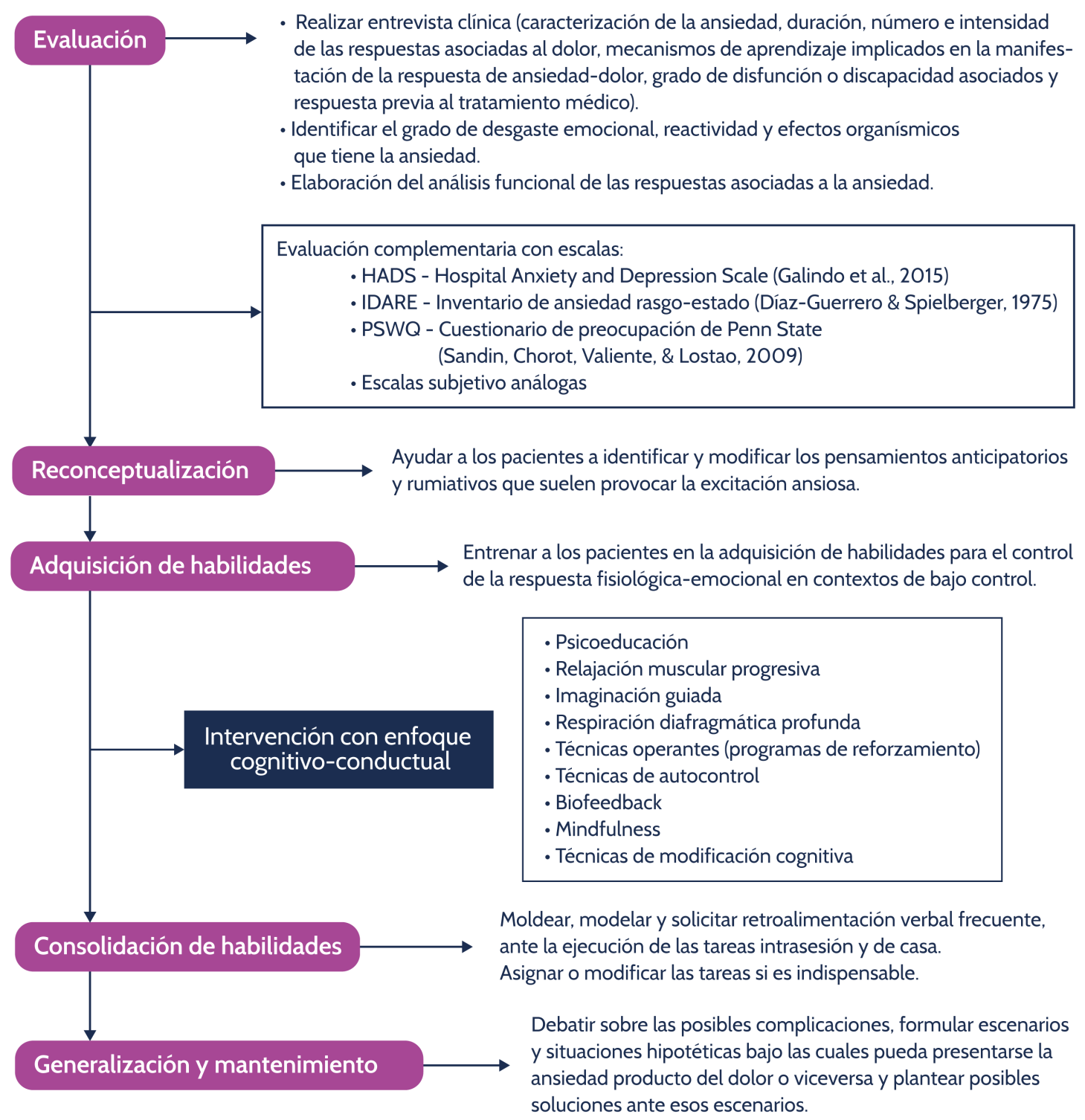
Figura 3
Tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico y depresión



a conductas de evitación, con la consecuente limitación y afectación en su vida (González, 2014). La rumiación por su parte, resulta ser un mediador significativo de la asociación entre la intensidad del dolor y la excitación ansiosa (Rogers et al., 2019), mientras que los cambios

conductuales que se producen como resultado comprometen los niveles de actividad, la participación en la rehabilitación y el rendimiento, dificultando el funcionamiento social y ocupacional de los pacientes (Salayani et al., 2016; Wetherell et al., 2011).

Figura 4
Tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico y ansiedad



En la figura 4, se describen algunas sugerencias para el abordaje y evaluación de la ansiedad en pacientes con dolor y ansiedad.

Dolor y estrés

El estrés es una respuesta común en los pacientes, debido en gran medida a que no

tienen control del dolor y se perciben superados en sus habilidades, recursos y competencias para hacerle frente, además, viven una serie de problemáticas en su contexto (falta de recursos económicos, falta de medicamentos y pobre acceso a servicios de salud de calidad, problemas en la dinámica de pareja o familiar,

etc.). La respuesta de estrés impacta la vida del paciente en diferentes niveles y proporciones; por un lado, favorece la presencia de pensamientos y conductas desadaptativas en el proceso de transacción que tiene con el contexto, afectando la percepción del dolor, y por otro lado, activa sistemas corporales como el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo (SNA), creando desregulación homeostática y generando, en consecuencia, mayor dolor y otros síntomas (Hayati & Zakaria, 2015; Metikaridis, Hadjipavlou, Artemiadis, Chrousos, & Darviri, 2017). En cuanto al componente cognitivo, se dice que la catastrofización y el estrés relacionado con el dolor son clave para explicar algunas de las diferencias observadas, sobre todo en pacientes con dolor crónico, por lo que, intervenciones centradas en el cambio de pensamiento podrían ser de utilidad (Flink, Boersma, & Linton, 2013).

Cada uno de los componentes del estrés en relación con dolor, pueden obedecer a procesos de aprendizaje que se dan, producto de la experiencia del paciente y de su interacción con el dolor. En esa misma línea, y entendiendo al dolor como respuesta emocional intensa (amenaza), puede darse de múltiples formas, ya sea por la experiencia directa o por observación de comportamiento de otros, por ejemplo, gestos, expresiones o conductas verbales (Timmers et al., 2019). Las formas y funciones que tienen las interacciones entre el estrés y el dolor son complejas y dinámicas, sobre todo

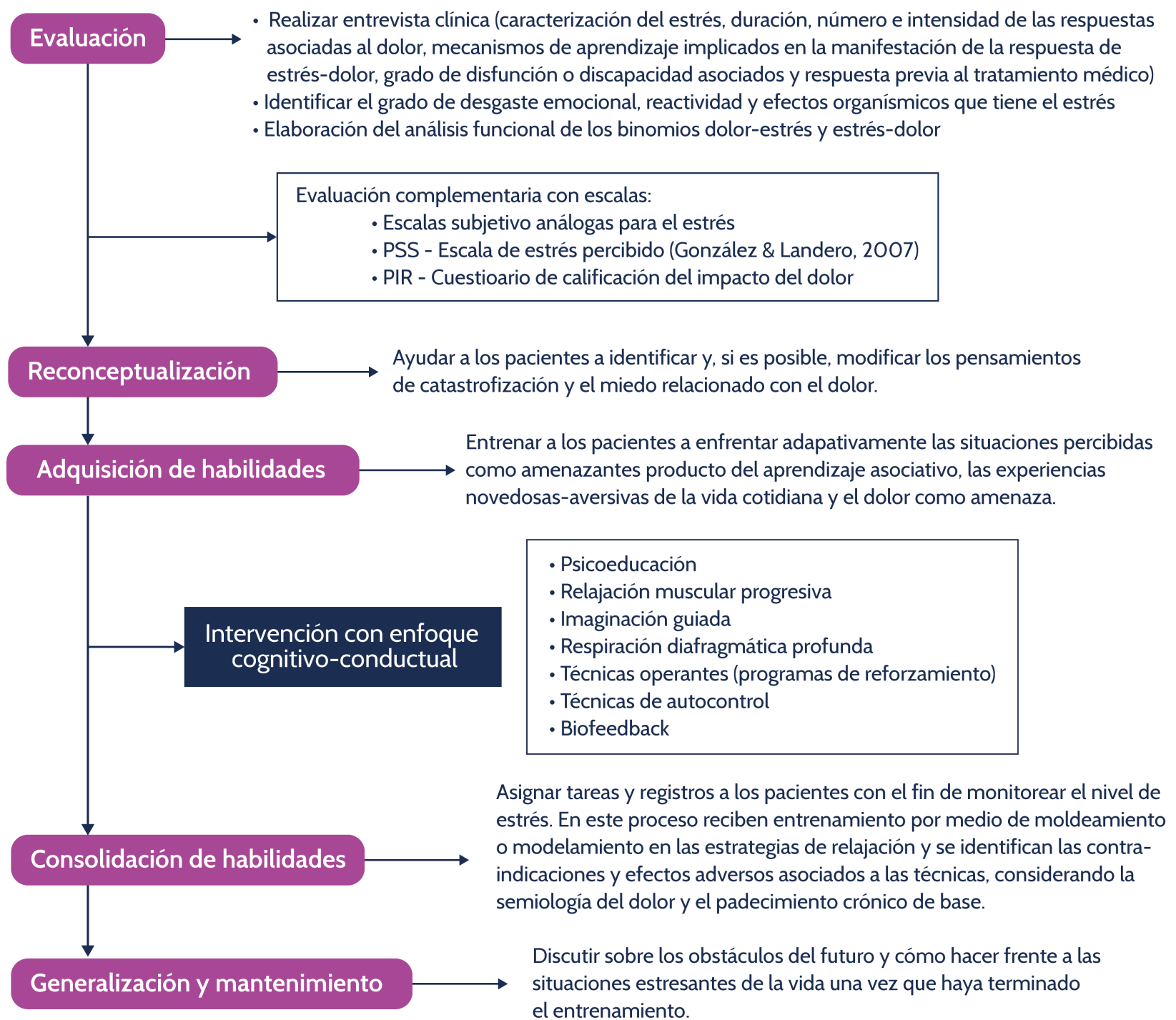
cuando se habla de la cronicidad de ambos, pero, si el especialista en MC conoce y reconoce los procesos de aprendizaje de la amenaza que representa el dolor del paciente por medio de un análisis funcional del comportamiento, podrá identificar con mayor claridad los procedimientos que su plan de intervención debe integrar. En la figura 5, se observan las pautas de evaluación e intervención para el manejo del estrés en pacientes con dolor.

En cuanto al tratamiento del estrés en pacientes con dolor, Metikaridis et al. (2017) realizaron un estudio clínico aleatorizado de tipo paralelo, para evaluar el efecto de un programa de manejo de estrés en pacientes que sufren dolor de cuello; el programa tuvo una duración de ocho semanas e incluyó técnicas de respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, entrenamiento en relajación autógena e imaginación guiada, asesoramiento sobre aspectos de la vida cotidiana y comportamientos de salud. Como resultados se obtuvo que las técnicas de relajación redujeron significativamente los niveles de estrés y ansiedad, siendo la técnica de imaginación guiada la que otorgó mayores beneficios a los pacientes.

Apoyando esa tesis, Bruflat, Balter, McGuire, Fethke y Maluf, (2012) concluyen que la TCC –específicamente técnicas como respiración diafragmática e imaginación guiada– desarrolla habilidades de afrontamiento para controlar el estrés. Además, con los ejercicios de relajación se consigue una disminución de

Figura 5

Tratamiento cognitivo-conductual en pacientes con dolor crónico y estrés



la actividad adrenérgica y un aumento de la actividad parasimpática que disminuyen los niveles de ansiedad, estrés y de tensión e indirectamente de la expresión de dolor (Moix & Casado, 2011). Por ende, el entrenamiento en relajación tiene como objetivo entrenar al individuo en métodos sistemáticos de autocontrol para alterar los estados fisiológicos y

los estados psicológicos (Kerns, Sellinger, & Goodin, 2011). Otras técnicas que resultan de utilidad para el tratamiento del estrés en pacientes con dolor es el *biofeedback*, el cual ha resultado eficaz en el tratamiento del dolor de cabeza, ansiedad, depresión y el uso de analgésicos (Kerns et al., 2011) y las técnicas operantes ya que, a través de programas graduales

y el uso de reforzamiento, se logra la reducción o eliminación de las conductas de dolor, la restauración de las actividades diarias evitadas y la instauración del ejercicio físico (Moix & Casado, 2011). Más recientemente, también se han utilizado programas de reducción de estrés basados en la atención plena para el tratamiento del dolor crónico refractario, pues ayudan al paciente a separar la sensación de dolor de los pensamientos que a menudo ocurren en respuesta a tales sensaciones (Kerns et al., 2011). Ahora que ya se han descrito las pautas para el tratamiento de las principales problemáticas psicológicas de los pacientes con dolor, se abordará una temática fundamental cuando se trata de la intervención en pacientes con dolor crónico, la calidad de vida (CV).

Calidad de vida (CV) en pacientes con dolor crónico

Cuando hablamos de la CV hacemos referencia a la percepción que tiene un individuo de su vida, su contexto y sus valores. Se trata de un concepto amplio y complejo, afectado por una serie de factores como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, la espiritualidad, la religión y las creencias personales (Torre et al., 2008).

En el caso de los pacientes con enfermedad crónica que viven con dolor, es esencial medir el impacto del tratamiento médico sobre la salud, fenómeno al que se denomina *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS). La CVRS es una interpretación sub-

jetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Se pueden diferenciar dimensiones importantes en la CVRS; una funcional, que incluye actividades diarias (bañarse, vestirse, comer, etc.), trabajos remunerados o no (actividad ocupacional, labores de la casa, etc.), las relaciones sociales con la familia y los amigos; y otra subjetiva, que es el sentimiento (sentirse feliz o triste, estar con dolor o sin él) (Amaral et al., 2011; Torre et al., 2008).

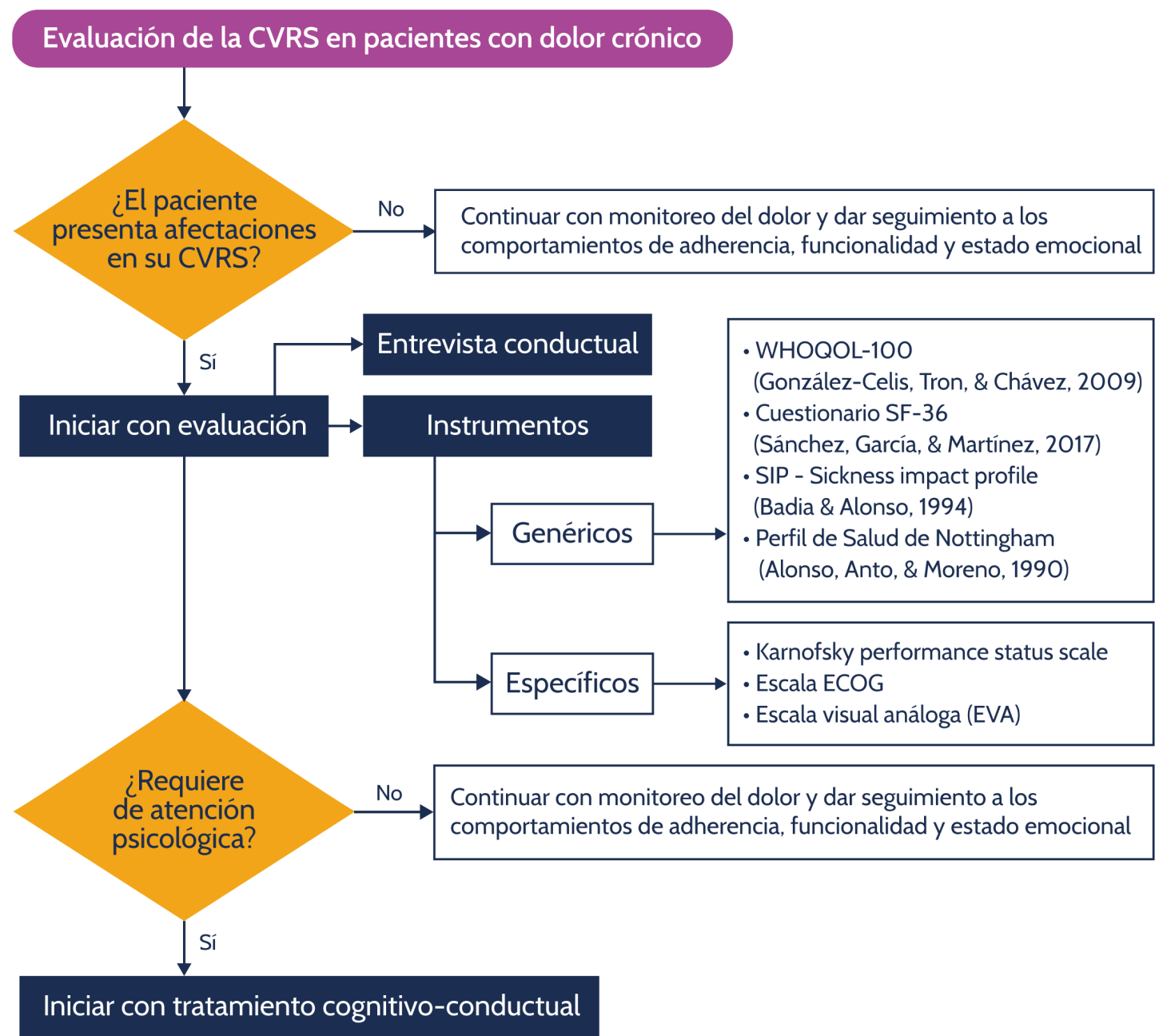
El dolor tiene influencia directa en el estado de salud y en la CVRS de los pacientes en muchos sentidos pues, aunque es una experiencia personal, es única, subjetiva y exclusiva para cada ser humano y es influenciada por factores sensoriales, afectivos, cognitivos, sociales y comportamentales. Ante tal argumento, los instrumentos que se han diseñado para evaluar esta variable están encaminadas a conocer los síntomas y la función física a través del tiempo y por medio de la intervención psicológica se espera que el paciente retome sus rutinas y disfrute de sus actividades, adhiriéndose al tratamiento médico y a las recomendaciones de los especialistas (Romero & Romero, 2010). En situaciones médicas que implican dolor, la TCC brinda al paciente una serie de habilidades para el afrontamiento, ayudándolo a modificar las cogniciones disfuncionales, con el fin de que comprenda cómo los pensamientos y las emociones están relacionadas con la presencia de dolor (Macea et al., 2010).

Con técnicas de programación de actividades y de distracción, disminuye la intensidad del dolor y mejora la satisfacción con las actividades diarias (Kohl, Rief, & Glombiewski, 2013).

Además, la modificación de cogniciones y el entrenamiento en solución de problemas ayudan al paciente a aumentar la aceptación de la enfermedad y a comprender mejor las condiciones de dolor crónico, con el fin de facilitar su adaptación y mejorar el bienestar

psicológico (Orozco & Castiblanco, 2014; Vriezolk et al., 2013). Según las necesidades de los pacientes, se realiza una evaluación de las dimensiones que pueden afectar la CVRS, lo cual permitirá proporcionar el tratamiento adecuado como se observa en la figura 6. Las intervenciones psicológicas desde la TCC muestran eficacia en variables como la disminución de los estados depresivos y de las expresiones negativas del estado de salud,

Figura 6
Evaluación de la CVRS en pacientes con dolor crónico



que incrementan el nivel de CV y favorecen el mejor ajuste a la condición de salud (Warmenrdam, Van-Straten, Jongsma, Twisk, & Cuijpers, 2010).

Otros fenómenos asociados al dolor: simulación y afrontamiento químico

Simulación

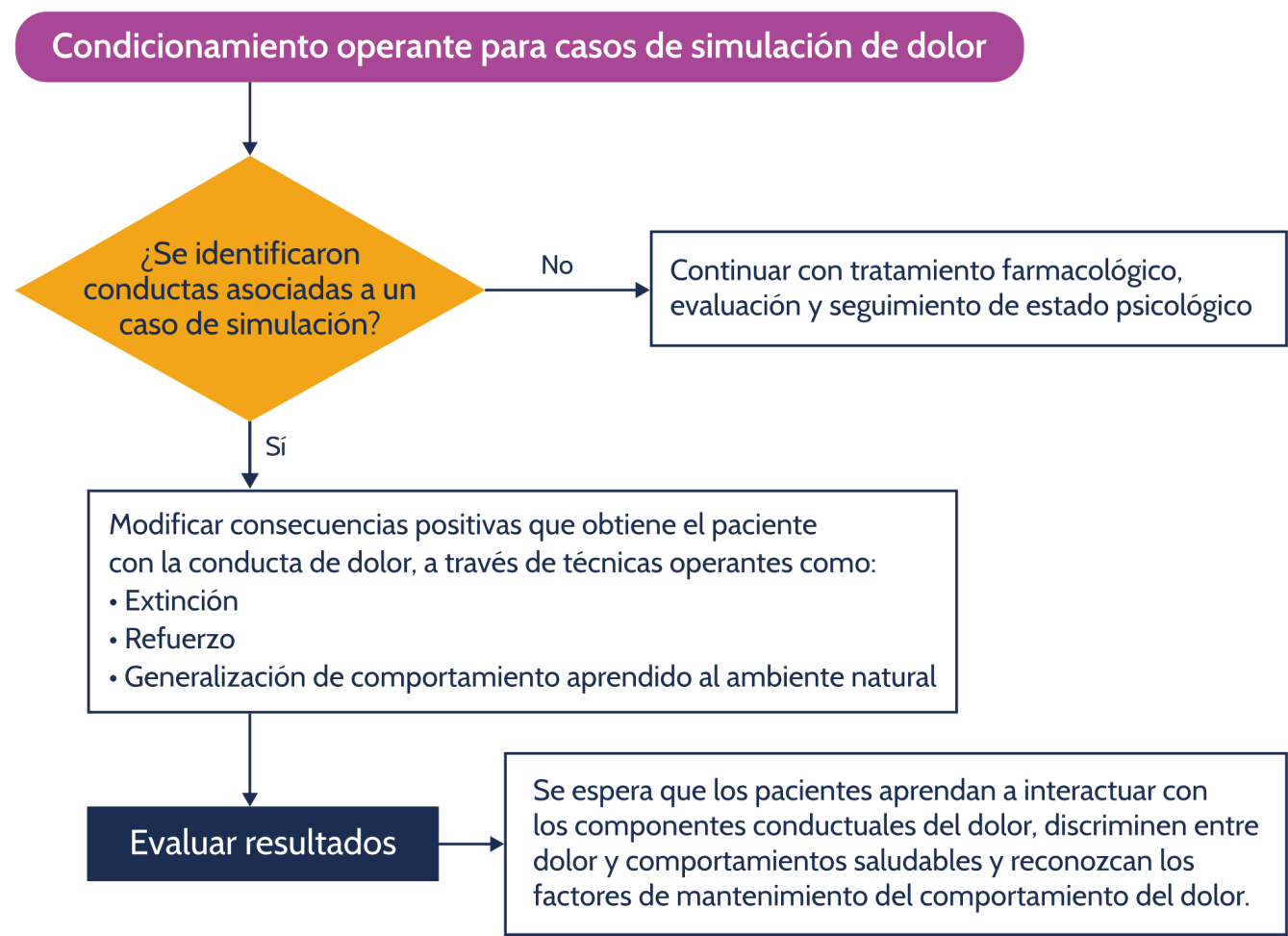
La implementación del tratamiento del dolor se complica cuando al profesional sanitario le asalta la duda de una posible simulación. Se entiende por simulación el intento deliberado de engañar o mentir sobre una enfermedad o discapacidad, exagerando la sintomatología, con el objetivo de conseguir un beneficio, que suele ser de tipo económico o implica exención de obligaciones (Casado & Laguna, 2017). Este tipo de ganancias se definen como los beneficios que el paciente obtiene de asumir su rol de enfermo dentro del sistema familiar o social. Esto puede facilitar una ganancia secundaria, la cual se define como la expectativa u obtención de un incentivo externo, por ejemplo, evitar trabajar, evitar pagar obligaciones financieras, u obtener ganancias económicas, mejorar el estilo de vida u otro tipo de beneficio.

Para orientar la identificación de esta problemática debe documentarse la presencia de: (a) inconsistencias entre la evaluación clínica versus la funcionalidad y grado de dolor reportado por el paciente; (b) problemas con el “cumplimiento de prescripciones farmaco-

lógicas o actitud pasiva en rehabilitación y si el paciente tiene su prospección centrada en la obtención de la compensación económica, independientemente de si tiene posibilidades de obtenerla o no” (Moreno, 2011, p.120).

Desde el enfoque de la TCC y considerando que el dolor es evaluado a través de la presencia de conductas, es decir, por respuestas verbales y no verbales que muestra el paciente (e. g., quejarse, tomar medicamentos, adoptar posturas rígidas, gestos, ademanes), se considera que cuando estas conductas de dolor son reforzadas positivamente (e. g., obtención de más atención de la familia, obtención de certificados médicos, evitación de relaciones sexuales) y si las conductas adaptativas no se refuerzan podrían gestarse entonces comportamientos de simulación. El objetivo del tratamiento entonces es revertir esta situación, reforzando las conductas adaptativas del paciente y no reforzando las conductas desadaptativas o de enfermedad (Pérez & González, 2008). Para ello, se utiliza fundamentalmente el condicionamiento operante para modificar las consecuencias positivas que obtiene el paciente con la conducta de dolor (como atención de familiares) y resolver los problemas derivados del exceso de incapacidad y las expresiones de sufrimiento del paciente, como se observa en la figura 7. La participación de familiares o amigos es importante, ya que pueden aprender a otorgar reforzadores ante la ejecución de comportamientos incompatibles con la expresión del dolor (Kerns et al., 2011; Thieme & Turk, 2012).

Figura 7
Abordaje psicológico para pacientes con simulación de dolor



Afrontamiento químico

El término afrontamiento químico se ha utilizado para describir el uso desproporcionado de opioides para hacer frente al malestar emocional (Hui & Bruera, 2014). Se caracteriza por el aumento de la dosis y la incapacidad para suspender los opioides después de la resolución de la afección dolorosa (Kwon et al., 2015).

El afrontamiento químico se puede graduar según sus características; en su forma más leve, se puede usar ocasionalmente el opioide para afrontar el sufrimiento emocional sin presentar compulsión; y, en su forma más grave, la compensación química se llega a convertir en adicción al estar acompañada de

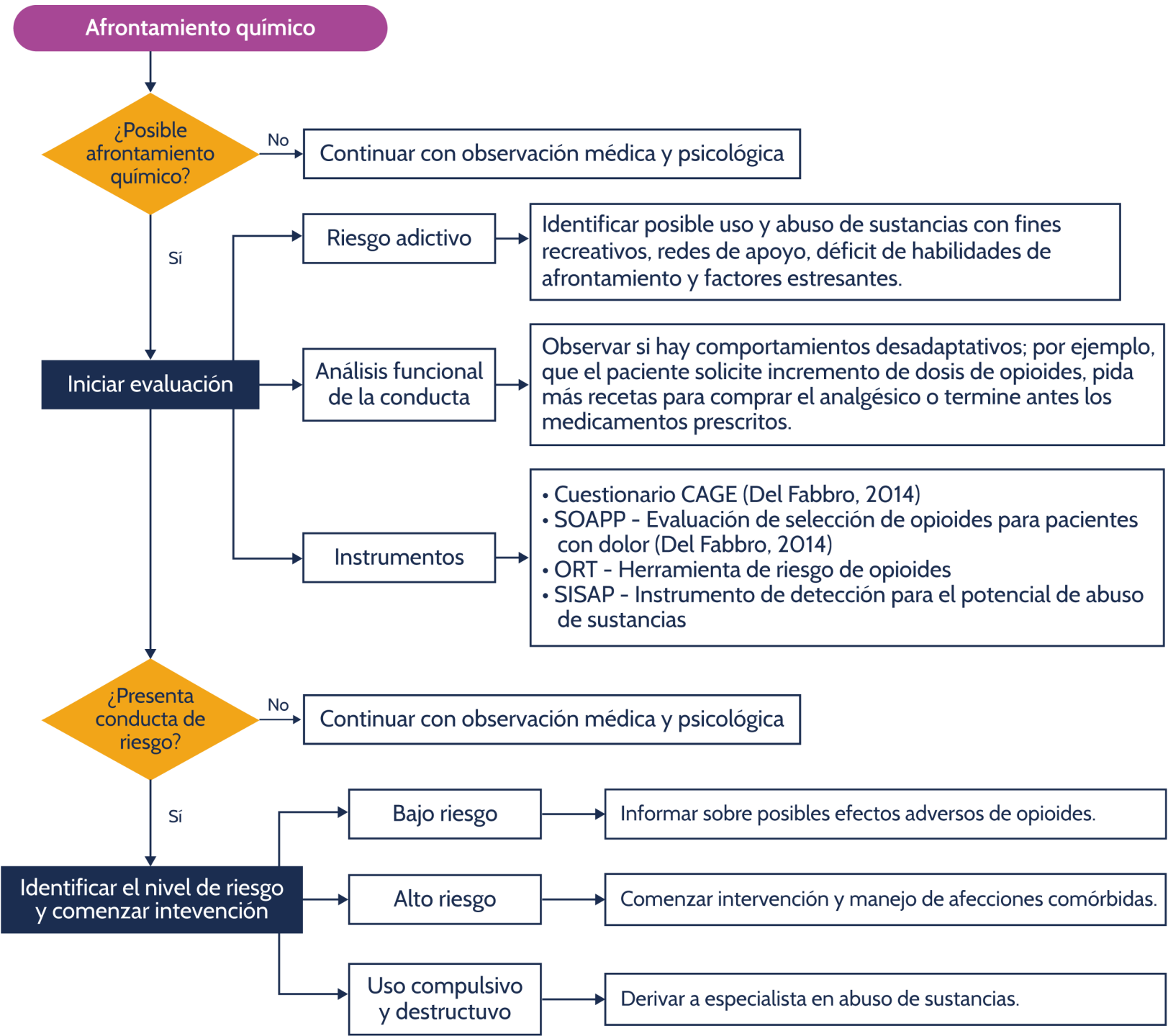
compulsión y conductas disruptivas (Gómez-DelValle,Zertuche-Maldonado,&Bruera,2018).

Algunos factores de riesgo para desarrollar afrontamiento químico son abuso de alcohol y tabaco, edad (particularmente ocurre en población joven), puntajes altos en evaluación de dolor, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trauma psicológico, uso de medicamentos psicotrópicos, trastorno de personalidad antisocial y adversidad infantil (Boscarino et al., 2011; Del Fabbro, 2014; Kwon et al., 2015). Algunas de las sugerencias para la evaluación e intervención de este problema incluyen: la evaluación del riesgo

adictivo (Covarrubias, Betancourt, & González, 2011); identificar comportamientos inusuales relacionados al medicamento –por ejemplo, solicitar cambios y aumentos de dosis con frecuencia– (Del Fabbro, 2014); evaluar los desencadenantes del uso inapropiado de la

medicación, así como factores estresantes de la vida, situaciones de alto riesgo para el uso de drogas (Weaver, 2015). En la figura 8, se pueden observar algunas recomendaciones para llevar a cabo la evaluación e intervención de pacientes con afrontamiento químico.

Figura 8
Evaluación e intervención en pacientes con dolor y afrontamiento químico



Competencias esperadas en el especialista en MC para el abordaje del dolor en pacientes con enfermedad crónica

La intervención en el ámbito hospitalario radica en labores de trabajo multidisciplinario para evaluar, diagnosticar y tratar problemas de salud mental (Hernández, Becerra, Salazar, & Hernández, 2020). Estas intervenciones reducen los tiempos de estadía en los hospitales, mejoran la adherencia al tratamiento, reducen costos de los sistemas de salud y contribuyen a la satisfacción del paciente y su familia, influyendo en la CV (Barre, Padmaja, & Rana, 2018; Small, Burke, & Collins, 2015). Respecto a los pacientes con dolor crónico, por lo general, necesitan terapia psicológica porque a menudo se sienten incapaces de hacer algo sobre su dolor o debido al fracaso terapéutico y, como consecuencia, se han hecho pasivos y se sienten desesperados o deprimidos (Kopf & Patel, 2010).

En esa misma línea, Gómez (2017) plantea que se espera que los especialistas en Medicina Conductual posean habilidades de trabajo en equipo, entrevista clínica, de elaboración, aplicación y evaluación de intervenciones psicológicas, uso de técnicas de intervención cognitivo conductual, en solución de problemas prácticos y, sobre todo, de comunicación. Dicho esto, se entiende que el especialista en MC apoya al paciente a reducir el dolor y a establecer formas más activas para hacerle frente.

Ortiz y Velasco (2017) mencionan que una de las habilidades relevantes del psicólogo que trabaja con este tipo de pacientes será realizar una buena historia clínica y saber su ex-

periencia del dolor en la enfermedad crónica, y así poder trabajar con la falta de información, las creencias erróneas y la posible frustración.

La terapia debe enseñar habilidades apropiadas, pero es menester que el especialista en MC sepa emplear los procedimientos de evaluación e intervención y ejercite o adquiera habilidades que le permitan desempeñar su trabajo con calidad, profesionalismo y ética.

Conclusiones

Como se ha visto a lo largo del capítulo, el estudio y manejo del dolor es complejo debido a que es una experiencia multidimensional; en el área física puede estar relacionado con una patología crónica de base, a cirugías o afecciones nerviosas, entre otras; en el área psicosocial, interviene el apoyo social percibido y recibido, el estilo de afrontamiento, la personalidad, la historia de reforzamiento, el proceso de aprendizaje (clásico, operante o vicario), la cultura, el sistema de creencias en torno al padecimiento de base y a la presencia y control del dolor; y en el área espiritual, intervienen factores transpersonales, interpersonales e intrapersonales, por mencionar algunos.

Como se ha dicho, las manifestaciones clínicas más comunes en pacientes con dolor crónico son: estrés, ansiedad y depresión. Para poder evaluar y otorgar tratamiento individualizado, se sugiere el uso de la entrevista clínica con un enfoque conductual e integrar instrumentos que evalúen el dolor y las variables psicológicas asociadas a esta experiencia dolorosa.

Durante el seguimiento, se sugiere evaluar factores cognitivos y conductuales que puedan estar asociados a conductas de simulación o afrontamiento químico, fenómenos observados con mucha frecuencia en pacientes con dolor crónico, intenso y de bajo control. Evidentemente, el tratamiento psicológico del paciente con esta condición, debe configurarse con base en los fundamentos y procedimientos de la TCC, ya que hay evidencia de su eficacia en este tipo de problemáticas; sin embargo, el simple ejercicio de las técnicas y procedimientos para el manejo del dolor, no garantizan un resultado óptimo si no se combinan con adecuadas habilidades del terapeuta, entre las que figuran las habilidades para el trabajo en equipo, la comunicación y la solución de problemas prácticos. Se espera que esta información sea de utilidad para el psicólogo de nivel maestría especializado en MC en formación, que desempeña su labor en pacientes con enfermedad crónica y dolor.

Referencias

- Alonso, J., Anto, J.M., & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American journal of public health*, 80(6), 704-708. <https://doi.org/10.2105/ajph.80.6.704>
- Amaral, D.F., Amaral, A. K., De Oliveira, H.B., Raminelli, T.C., Gomes, O.C., & Emm, F. A. (2011). Evaluación de la Calidad de Vida en clientes con dolor crónico isquémico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1), 1-6.
- Amaya, M.C., & Carrillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.2>
- Antón, V., García, P., & García, J.M. (2016). Intervención cognitivo conductual en un caso de depresión de una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 45-52. Recuperado de https://www.revistapcna.com/sites/default/files/anton-menarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Badia, X., & Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Medicina Clínica*, 102(3), 90-95. Recupeardo de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=249271>
- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. A literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Barre, P., Padmaja, G., & Rana, S. (2018). Stress and quality of life in cancer patients: Medical and psychological intervention. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(3).232-238.https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_512_17

- Bejarano, P.F., Osorio, R., Rodríguez, M.L., & Berrío, G.M. (1985). Evaluación de dolor: adaptación del cuestionario de McGill. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 13(4), 321-51. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-38899>
- Bieri, D., Reeve, R.A. Champion, G.D. Addicoat, L., & Ziegler, J.B. (1990). The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Developmental, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 74, 139-50.
- Boscarino, J.A., Rukstalis, M.R., Hoffman, S.N., Han, J.J., Erlich, P.M., Ross, S., Gerhard, G.S., & Stewart, W.F. (2011). Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: Comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. *Journal of Addictive Diseases*, 30(3), 185-194. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.581961>
- Bruflat, A.K., Balter, J.E., Mcguire, D., Fethke, N.B., & Maluf, K.S. (2012). Stress Management as an Adjunct to Physical Therapy for Chronic Neck Pain. *Physical Therapy*, 92(10), 1348-1359. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110489>
- Castro, M., Daltro, C., Campos, D., & Lopes, L. (2012). The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(11), 864-868. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2012001100008>
- Casado, M.I., & Laguna, S. (2017). Trastornos de síntomas somáticos: de la sospecha de simulación al tratamiento cognitivo-conductual. *Clínica y Salud*, 28(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.004>
- Cid, J., Acuña, J.P., De Andrés, J., Díaz, L., & Gómez-Caro, L. (2014). ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 687-697. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70090-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70090-2)
- Covarrubias, A., Betancourt, J.A., & González, J.L. (2011). Adicciones, anestesia y dolor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 34(3), 200-210.
- Cheatle, M.D. (2016). Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *Medical Clinics of North America*, 100(1), 43-53. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.007>
- Del Fabbro, E. (2014). Assessment and management of chemical coping in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 32(16), 1734-1738. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.5170>
- Díaz-Guerrero, R., & Spielberger, C. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: Manual moderno.
- Duarte, D., Gajos, K., Daglia, Y.A., & Fregni, F. (2010). The efficacy of web-based cognitive behavioral interventions for

- chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 11(10), 917-929. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.06.005>
- Edwards, R., Dworkin, H., Sullivan, M.D., Turk, D.C., & Wasan, A.D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(9), 70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Flink, I.L., Boersma, K., & Linton, S.J. (2013). Pain Catastrophizing as Repetitive Negative Thinking: A Development of the Conceptualization. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 215-223. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.769621>
- Fuentes, L. (2018). La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de Psicología*, 14(28), 109-119.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J.L., Álvarez, M., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J.L., & Alvarado, S. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 26(1), 43-49. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1897/3469>
- Gálvez, R., Pardo, A., Cerón, J. M., Villasante, F., Aranguren, J. L., Saldaña, M.T., ... Rojas, J. (2008). Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain© para la detección de dolor neuropático. *Medicina Clínica*, 131(15), 572-578.
- Gómez, A. (2017). *Intervención Cognitivo-Conductual para el control del estrés, ansiedad y depresión en residentes médicos* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gómez-Del Valle, M.C., Zertuche-Maldonado, T., & Bruera, E. (2018). Compensación química y adicción a opioides: evidencia, valoración de riesgo y manejo en pacientes con cuidados. *Medicina Paliativa*, 25(4), 281-290. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.12.002>
- González-Celis, A.L., Tron, R., & Chávez, M. (2009). *Evaluación de Calidad de Vida a través del WHOQOL en población de adultos mayores*. México: UNAM. Recuperado de <http://antares.iztacala.unam.mx/papime/wp-content/uploads/2014/10/Whoqol.pdf>
- González, M. (2014). Dolor crónico y Psicología: Actualización. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 25(4), 610-617. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70081-1](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70081-1)
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived

- Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206 <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1017/S1138741600006466>
- Hayati, A., & Zakaria, R. (2015). Pain in times of stress. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 22,52-61.
- Heer, E., Dekker, J., Van Eck van der Sluijs, J., Beekman, A., van Marwijk, H., Holwerda, T., ... van der Feltz-Cornelis, C. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of transmural collaborative care with consultation letter (TCCCL) and duloxetine for major depressive disorder (MDD) and sub (chronic) pain in collaboration with primary care: design of a randomized placebo-controlled multi-Centre trial: TCC: PAINDIP. *BMC Psychiatry*, 13(147), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-147>
- Hernández, G.A. Becerra, A.L., Salazar, D., & Hernández, P. (2020). Medicina Conductual: trabajo en la clínica del dolor del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 87(1), 43-50. <https://doi.org/10.24875/RHJM.M20000008>
- Holmes, A., Christelis, N., & Arnold, C. (2013). Depression and chronic pain. *Medical Journal of Australia*, 199, 17-20. <https://doi.org/10.5694/mja12.10589>
- Hui, D., & Bruera, E. (2014). A personalized approach to assessing and managing pain in patients with cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(16), 1640-1646. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.2508>
- IASP Subcommittee on Taxonomy. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *PAIN*, 6, 249-52.
- IsHak, W.W., Wen, R.Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., ... Louy, C. (2018). Pain and Depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(6), 352-363. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000198>
- Kerns, R.D., Sellinger, J., & Goodin, B.R. (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 411-34. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120430>
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *The Journal of Pain*, 14(3), 305-315. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.12.005>
- Kopf, A., & Patel, N.B. (2010). *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. IASP: Washington.
- Kwon, J.H., Tanco, K., Park, J.C., Wong, A., Seo, L., Liu, D., ... Bruera, E. (2015). Frequency, Predictors, and Medical Record Documentation of Chemical Coping

- Among Advanced Cancer Patients. *The Oncologist*, 20(6), 692-697. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0012>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Macea, D.D., Gajos, K., Daglia Calil, Y.A., & Fregni, F. (2010). The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *The journal of pain*, 11(10), 917-929. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.06.005>
- Metikaridis, D.T., Hadjipavlou, A., Artemiadis, A., Chrousos, G.P., & Darviri, C. (2017). Effect of a stress management program on subjects with neck pain: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Back & Musculoskeletal Rehabilitation*, 30(1), 23-33. <https://doi.org/10.3233/BMR-160709>
- Moix, J., & Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50.
- Moreno, N.L. (2011). Importancia de la evaluación de aspectos psicosomáticos en los pacientes con dolor crónico neuropático. *Acta Neurológica Colombiana*, 27(2), Suplemento 2:2, 114-124.
- Orozco, Á.M., & Castiblanco, L. (2014). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.42949>
- Ortiz, L., & Velasco, M. (2017). Dolor crónico y psiquiatría. *Revista Médica Clínica las Condes*, 28(6), 866-873.
- Pearl, E. (2015). ¿Cuál es la diferencia entre medicaciones de rescate y de control? *Rady Children's Hospital de San Diego*. Recuperado de <https://www.rchsd.org/health-articles/cul-es-la-diferencia-entre-medicaciones-de-rescate-y-de-control/>
- Pérez, M., & González, E. (2008). Principales aportes teóricos de la psicología en el estudio del dolor crónico. *Investigaciones Médicoquirúrgicas*, 2(11), 32-41.
- Pinto, N. (2007). Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(1), 20-35.
- Plata, M.E., Castillo, M.E., & Guevara, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1), 16-23.
- Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., ... Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain. *PAIN*, 161(9),

- 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rogers, A., Bakhshaie, J., Ditre, J., Manning, K., Mayorga, N., Viana, A., & Zvolensky, M. (2019). Worry and rumination: Explanatory roles in the relation between pain and anxiety and depressive symptoms among college students with pain. *Journal of American College Health*, 67(3), 275-282. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1481071>
- Romero, R.S., & Romero, H. (2010). Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 91-102.
- Salayani, F., EbrahimAbad, M., Mashhadi, A., Hoseini, R., Ghavidel, R., & Nejad, H. (2016). Effect of Cognitive Pain Self-Management Program on Depression, Anxiety, and Stress in Women with Chronic Musculoskeletal Pain: A Pilot Study. *Evidence Based Care Journal*, 6(2), 39-48. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2016.7317>
- Salvetti, M., Cobelo, A., Vernalha, P., Vianna, C.I., Costa, L.C., & Gomes, R. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 896-902.
- Sánchez, R., García, M., & Martínez, B.D. (2017). Encuesta de Salud SF-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(45), 5-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/service/r2020/downloadPdf/4596/459653862002/7>
- Sandin, B., Chorot, P., Valiente, R., & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación pswq: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Siler, S., Borneman, T., & Ferrell, B. (2019). Pain and Suffering. *Seminars in Oncology Nursing*, 35, 310-314. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.013>
- Small, E.M., Burke, A.L., & Collins, K.L. (2015). An Investigation of Psychology Staffing in Australian Metropolitan Acute Public Hospitals. *Australian Psychologist*, 50(1), 86-94. <https://doi.org/10.1111/ap.12101>
- Surah, A., Baranidharan, G., & Morley, S. (2014). Chronic pain and depression. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 14(2), 85-89. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt046>
- Taylor, R.R. (2006). Pain: Subtypes, prevalence, and associated conditions. En R. Taylor (Ed.), *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability* (pp. 237-254). New York: Springer.
- Thieme, K., & Turk, D.C. (2012). Cognitive-behavioral and operant-behavioral therapy for people with fibromyalgia.

Reumatismo, 64(4), 275-285. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2012.275>

- Timmers, I., Quaedflieg, C. Hsu, C., Heathcote, L.C., Rovnaghi, C.R., & Simons, L.E. (2019). The interaction between stress and chronic pain through the lens of threat learning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 641-665. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.10.007>
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Esteban, I., Vallejo, R., & Arizaga, A. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 83-93.
- Vriezekolk, J., Eijsbouts, A., Van-Lankveld, W., Beenackers, H., Geenen, R., & Vanden-Ende, C. (2013). An acceptance-oriented cognitive-behavioral therapy in multimodal rehabilitation: A pre-posttest

evaluation in highly distressed patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 357-363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.018>

- Warmerdam, L., Van-Straten, A., Jongasma, J., Twisk, J., & Cuijpers, P. (2010). Online cognitivebehavioraltherapyandproblem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.10.003>
- Weaver M.F. (2015). Prescription Sedative Misuse and Abuse. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 247-256.
- Wetherell, J.L., Afari N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., ... Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>

Capítulo 7

Envejecimiento activo: avances y perspectivas

Ana Leticia Becerra Gálvez y Sandra Angélica Anguiano Serrano

El envejecimiento es un proceso natural en la vida de cualquier ser vivo. Procurar que dicho proceso se dé saludablemente requiere del trabajo conjunto de diferentes especialistas de la salud, entre los cuales evidentemente figura el psicólogo. Desde la perspectiva de la medicina conductual (MC) y considerando que dicho campo interdisciplinario se concentra en el uso de las técnicas y procedimientos cuyo objetivo es hacer que un individuo logre adquirir, modificar o eliminar ciertos comportamientos en el contexto de una enfermedad, se puede y debe trabajar en población que vive la vejez o está en proceso de llegar a ella.

Cuando se trata de vejez, la meta es lograr que las personas mantengan un estilo de vida saludable (en condiciones sanas o con enfermedades crónicas) y, por ende, mejorar el funcionamiento y autonomía para responder efectivamente ante las demandas de su ambiente hasta el final de su vida. Al hablar

de este funcionamiento efectivo y saludable a través del tiempo, nos referimos a construir un envejecimiento activo (EA) para tener una mejor vejez.

El EA es un proceso que promueve la autonomía, la independencia y la seguridad para tener una vejez con calidad de vida, que se construye solo y a través de la ejecución de comportamientos saludables –actividad clave de los especialistas en MC–. Bajo los argumentos anteriores, el objetivo de este capítulo es describir las particularidades del denominado EA, los modelos teóricos que le sustentan y alternativas para favorecerle desde una perspectiva conductual.

Vejez y envejecimiento

Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2019), la vejez es la última etapa de vida de un ser humano y comienza a los 60 años. La forma en la que suele

conceptualizarse variará, según la percepción social que se tenga sobre ella; por un lado, se concibe como una etapa en la que prevalece la sabiduría y la experiencia y, por otro, como una etapa de deterioro, inutilidad y enfermedad.

En las sociedades latinoamericanas, suele verse a la vejez como una etapa deplorable, en donde se pierde la independencia y a la que ninguna persona quiere llegar. Estas actitudes socioculturales atribuidas al envejecimiento y a la vejez suelen ser llamadas *ideas viejistas* o *viejismo* y han permeado la forma como se visualiza a ambos fenómenos. Estas formas de *edadismo* perpetúan las ideas estereotipadas de lo que debería y no debería hacer una persona con base en su edad y, por esa razón, las personas adultas mayores son juzgadas como frágiles, onerosas y dependientes (Brennan-Olsen et al., 2019). Como puede notarse, envejecer habla del *éxito* en las medidas de salud pública, del avance tecnológico y de un óptimo desarrollo económico, pero representa un reto cuando se habla de lograr que la población se adapte y conserve su capacidad funcional (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

El envejecimiento es definido como un proceso gradual y adaptativo que conlleva la pérdida de la respuesta homeostática, es decir, cambios a nivel fisiológico, bioquímico, psicológico y social, los cuales son inherentes a la edad y al desgaste a lo largo de los años (Instituto Nacional de Geriátrica [INGER], 2017).

Este tema se ha vuelto una necesidad en la sociedad contemporánea, debido al crecimiento acelerado de personas adultas mayores a nivel mundial. Con relación a este punto, la OMS (2002) estimó que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores en el mundo se duplicará, pasará del 10 al 21%, siendo el cambio más drástico en países de primer mundo. De acuerdo con el *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (OMS, 2015), un desafío es la enorme diversidad de los estados de salud y funcionales que presentan las personas adultas mayores, los cuales no necesariamente se asocian con la edad cronológica sino con las condiciones de salud, la transición epidemiológica y las desigualdades. En otras palabras, a pesar del aumento en la esperanza de vida, aún se considera a la vejez –desde la perspectiva económica– como una carga social, por el costo que esto implica en ciertos países (Federal Center for Health Education, 2012; United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA], 2015). Los países que tienen mejores políticas sociales y económicas apoyan las capacidades, el bienestar y la autonomía de las personas mayores, mientras que los países en desarrollo aún se encuentran en espera de poder lograrlo (Help International Red Global, 2015). De acuerdo con González, Fonseca y García (2013) existen cuatro formas de envejecimiento:

- *Envejecimiento ideal*: está caracterizado por la ausencia de alguna afección o enfermedad física. La persona conserva la

capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) de forma autónoma y sin depender de otros, no presentan deterioro cognitivo y se perciben saludables y felices.

- **Envejecimiento activo:** se caracteriza por la presencia de enfermedad crónica, pero a pesar de ella, la persona puede realizar sus AVD, se perciben saludables, con energía y no presentan deterioro cognitivo.
- **Envejecimiento habitual:** se presenta cuando las personas padecen más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud como regular, además de tener alguna ligera incapacidad funcional que no causa dependencia y pueden presentar deterioro cognitivo leve.
- **Envejecimiento patológico:** las personas perciben su estado de salud deficiente, además de tener un deterioro cognitivo importante y diversas enfermedades crónicas, que afectan de manera funcional sus AVD y suelen depender de otros para realizarlas.

Con base en este tipo de clasificación, nos encontramos ante la necesidad de entender mejor al denominado EA que, debido al notorio crecimiento de las personas adultas mayores, las acciones sociales y de la salud, deben estar encaminadas a lograr que este estrato poblacional participe y se desarrolle de forma activa en los contextos psicosociales.

Envejecimiento activo: conceptualización y modelos

Al envejecimiento activo (EA) también se le ha llamado *envejecimiento vital*, *envejecimiento productivo* o *envejecimiento exitoso*, supone que las personas contribuyan a la sociedad, en lugar de entenderse como una época de mala salud y dependencia; debe centrarse en la participación actual de las personas adultas mayores en el ámbito social, económico, cultural y cívico, además de trabajar para mejorar su calidad de vida (Gutiérrez & Lezama, 2013; Achenbaum, 2001 como se citó en Martin et al., 2014).

La OMS (2002) define al EA como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Además, señala que es importante que participen a nivel social y que conserven un potencial de bienestar físico y mental a lo largo de este ciclo vital, reconociendo seis factores determinantes: (1) económicos, (2) conductuales, (3) personales, (4) sociales, (5) relacionados con el sistema de salud y (6) con el entorno físico (OMS, 2015).

Conceptualizar al EA es una tarea difícil y hasta el momento no se ha podido generar una definición global que nos permita ubicarle con claridad de entre tantas variables y niveles explicativos (Cosco, Prina, Perales, & Stephan, 2014). Al respecto, Lak, Rashidghalam, Myint y Bradaran (2020) realizaron una revisión sistemática de la literatura, la cual tuvo por obje-

tivo identificar las diferentes definiciones del EA, concluyendo lo siguiente: se presenta en aquellos que tienen 60 años o más y buscan responder a las diferencias culturales y nacionales, por lo tanto, no existe una sola forma de conceptualizarlo, ya que tendría que explicarse

desde una perspectiva ecológica, es decir, es el entorno el que proporciona la oportunidad de garantizarle. A lo largo de los años, han surgido una serie de propuestas que tienen por mira definir los elementos que integran al EA, tal como se observa en la tabla 1.

Tabla 1
Definiciones del EA

Autores	Definiciones
Baltes y Baltes (1990)	• Optimización selectiva con compensación
Kahana y Kahana (1996, 2003)	• Discapacidad/función física • Funcionamiento cognitivo • Satisfacción con la vida • Bienestar (social, financiero y físico) • Presencia/ausencia de enfermedad • Longevidad
Rowe y Kahn (1997)	• Baja probabilidad de enfermedad y discapacidad • Alta capacidad funcional cognitiva y física • Compromiso activo con la vida
Phelan y Larson (2002)	• Libre de discapacidad • Funcionamiento independiente • Satisfacción con la vida • Compromiso activo con la vida • Longevidad • Adaptación positiva • Dominio / crecimiento
Depp y Jeste (2006)	• Discapacidad/función física • Funcionamiento cognitivo • Satisfacción con la vida • Bienestar social • Compromiso productivo • Presencia de enfermedad • Longevidad • Salud autoevaluada • Personalidad • Medio ambiente / finanzas

Nota: Adaptado de “Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept?” por P. Martin, N. Kelly, B. Kahana, E. Kahana, B. J. Willcox, D. C. Willcox, & L. W. Poon, 2014, *The Gerontologist*, 55, p.22.

El EA es un proceso multifactorial que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Zanjari, Sani, Chavoshi, Rafiey, & Shahboulaghi, 2017), pero también incluye buena capacidad funcional, participación de la familia y de la comunidad (Rantanen et al., 2019). Se puede decir, entonces, que existen una serie de elementos trascendentales para entender y estudiarlo, como la cultura, la religión y los acontecimientos históricos que influyen en la concepción de significados atribuidos a la vejez y al envejecimiento como proceso activo e interactivo (Martin et al., 2014). Bajo esta lógica, se han desarrollado diferentes modelos para explicar este fenómeno, los cuales varían según los países en los que se generaron y los autores que lo proponen; por ejemplo, existen propuestas desde la tradición europea en donde se habla de envejecimiento activo y saludable, los modelos que se derivan de la propuesta de la OMS y los que se derivan de las investigaciones desarrolladas por Rowe y Kahn (1988 como se citó en Petreto, Pili, Gaviano, Matos, & Zuddas, 2016). A continuación, se describen algunas teorías y modelos del EA:

- *Teoría de la desvinculación de Cummings y Henry (1961 como se citó en Petreto et al., 2016).* Esta propuesta parte de la idea de que la persona adulta mayor se retrae o desvincula de sus actividades en sociedad, cerrando en gran medida las posibilidades de participación, sus obligaciones y el cumplimiento de los roles socialmente

establecidos, lo que hace que la persona se sienta feliz, satisfecha y preparada para la muerte.

- *Envejecimiento exitoso y teoría de la actividad de Havighurst (1961 como se citó en Petreto et al., 2016).* Se entiende en términos de la felicidad y la satisfacción con la vida. Lograr un EA incluye adherirse continuamente a las actividades y actitudes que tomaría una persona de la mediana edad. En relación con esta teoría, según Carstensen (1990), no se trata tal cual de un modelo o teoría formal sino solo una perspectiva del envejecimiento, la cual entiende que una *buena* vejez debe estar acompañada de actividades o trabajos –preferentemente remunerados– y que sustituye todo aquello perdido por la edad o la jubilación.
- *Adaptación a la jubilación propuesta de Reichard et al. (1962 como se citó en Petreto et al., 2016).* En este modelo, envejecer se trata de la capacidad de ajustarse a la jubilación de forma (1) madura, (2) mecedora y (3) blindada, donde la primera y la tercera corresponden a una forma de adaptación centrada en el compromiso y la satisfacción, y la segunda se relaciona con disfrutar de un estilo de vida pasivo.
- *Modelo ecológico.* El EA se concibe como una interacción entre la edad funcional y la adaptación de un individuo con el entorno físico y social (Lawton & Nahemow, 1973). Este enfoque reconoce la impor-

tancia de los entornos saludables, los cuales se espera se caractericen por favorecer el acceso a los servicios de la salud y a las actividades recreativas y de mejoramiento físico para las personas adultas mayores.

- *Envejecimiento con éxito (Rowe & Kahn, 1997)*. Estos autores conceptualizan este constructo en tres componentes: (a) bajo riesgo de enfermedad y discapacidad relacionada, (b) alto funcionamiento cognitivo y físico, y (c) participación activa y continua en la vida. A pesar de su ímpetu conceptual, el impacto de las definiciones previas y el vínculo con las percepciones empíricas, autores como Villar (2012) critican fuertemente este modelo, argumentando que se definieron los criterios de envejecimiento exitoso como un conjunto de elementos supuestamente universales y objetivos, sin embargo, solo un pequeño grupo privilegiado cumple con los estándares requeridos. En particular, este enfoque corre el riesgo de excluir a una gran parte de la población, como las personas muy mayores, socialmente desfavorecidas o con discapacidad funcional grave, muchas de las cuales disfrutan de sus vidas a pesar de su envejecimiento en condiciones difíciles (Wahl, Siebert, & Tauber, 2017).
- *Modelo de selección, optimización y compensación (Baltes & Baltes, 1990 como se citó en Petreto et al., 2016)*. Esta propues-

ta se liga fuertemente el concepto de EA al de *resiliencia*, en la cual los adultos son capaces de lograr un equilibrio entre las pérdidas y las ganancias. Se dice que la resiliencia conduce a una mayor longevidad y periodos cada vez más cortos de dependencia de otros, el EA entonces resulta de un proceso dinámico en donde se enfatiza la importancia de la adaptación y la autorregulación (Wahl et al., 2017).

- *Structural Lag de Riley y Riley (1994 como se citó en Petreto et al., 2016)*. En este modelo se reconoce la importancia de los roles, los cuales están fuertemente influenciados por variables sociales y estructurales las cuales son difíciles de controlar.
- *Afrontamiento proactivo de Kahana y Kahana (1996 como se citó en Petreto et al., 2016)*. Este modelo reconoce que las personas adultas mayores pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos, incluso antes de que se presenten las situaciones amenazantes.
- *Modelo EA de la Organización Mundial de la Salud (2002)*. Según este modelo, los elementos clave del EA son la autonomía (capacidad percibida para controlar, hacer frente y tomar decisiones sobre cómo se vive día a día, de acuerdo con las reglas y preferencias personales), independencia (capacidad para realizar funciones re-

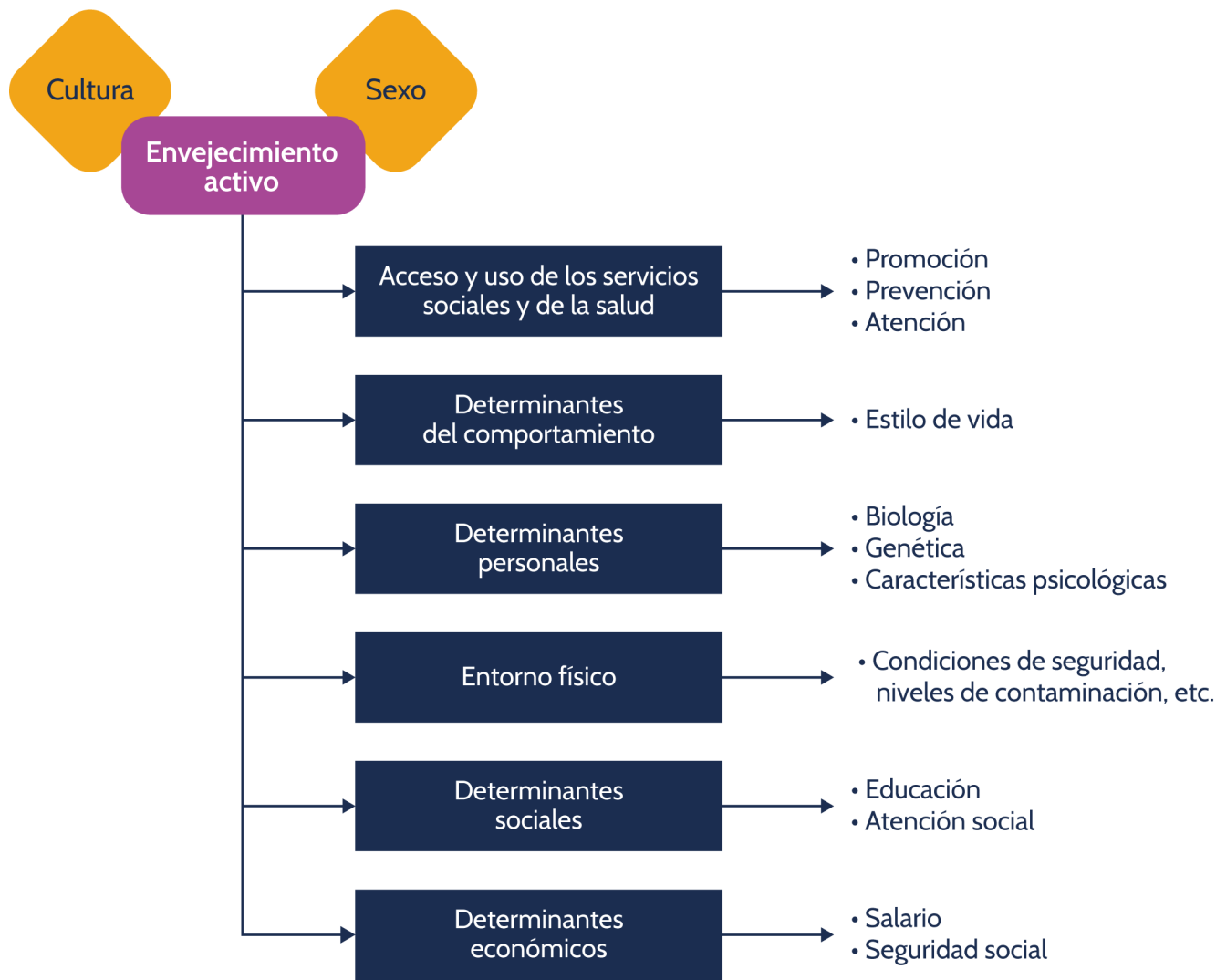
lacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir en la comunidad sin o con poca ayuda de otros), calidad de vida y esperanza de vida saludable (se refiere al tiempo que las personas pueden esperar vivir en ausencia de discapacidades). Este modelo también incluye seis grupos de determinantes para que se presente un EA, los cuales están mediados por la cultura y el sexo, como se observa en la figura 1.

- *Envejecimiento saludable, positivo y con éxito* (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

El envejecimiento con éxito es considerado como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales que cambian según el contexto.

En conclusión, el EA es un proceso que nos lleva a experimentar una vejez más saludable, entonces hablamos de que se construye a través del tiempo y varía según las condiciones socioeconómicas y culturales en las que una persona nace, crece, vive y envejece. Es justo en

Figura 1
Determinantes del EA



los estilos de vida que se gesta el EA, y desde la perspectiva conductual, los comportamientos que influyen directamente son aquellos que se relacionan con la alimentación, la actividad física, la toma de medicamento y el acceso a los servicios de salud, así como con la reducción de factores de riesgo como el sedentarismo, el consumo de tabaco y otras sustancias y el control del estrés. Dado el incremento en las enfermedades crónicas y tras la manifestación de diferentes síndromes producto del estilo de vida, del avance propio de la edad y las condiciones contextuales, vale la pena reconsiderar y diseñar estrategias de intervención en esta población.

Enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y EA

Cuando se habla de EA también se habla de ayudar a que las personas preserven su funcionamiento y su condición de salud, lo mejor posible, sin embargo, cuando se habla de la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas, de complicaciones físicas y cognitivas, así como de síndromes geriátricos, debemos discutir el asunto y bosquejar posibles alternativas para su abordaje. La transición epidemiológica y el aumento en los años de vida nos han llevado a tener poblaciones mayores de 60 años que padecen de varias patologías relacionadas con la edad, pero también con el estilo de vida (Divo, Martínez, & Manino, 2014). Para conocer esta tendencia y el efecto en la construcción del EA, se han reali-

zando estudios que analizan variables de años de vida saludables perdidos y los años de vida asociados a alguna discapacidad, tratando así de identificar la diferencia entre esperanza de vida total y esperanza de vida saludable, porque representa el promedio de años que las personas viven con alguna enfermedad o con discapacidad (Gutiérrez et al., 2015). Este análisis se realizó por primera vez en México en el año 2014, en este se identificó que las mujeres tienen una esperanza de vida promedio de 79 años, sin embargo, solo 68 años son vividos con buena salud; en cuanto a los hombres, el promedio de esperanza de vida es de 72.3 años, con un promedio de 8.5 años de mala salud.

Entre las principales enfermedades, se encuentran la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, la enfermedad renal crónica, los trastornos de órganos de los sentidos, las enfermedades cardiovasculares y el Alzheimer; entonces, aunque la esperanza de vida es mayor para las mujeres, esos años adicionales son peores que en los hombres, en cuanto a salud y discapacidad, ya que incluso se vive con hasta dos enfermedades crónicas (Gutiérrez et al., 2015). Aunque la causa de las defunciones es muy similar para hombres y mujeres, todavía el 5.1% de las muertes en mujeres se dan por infecciones respiratorias y desnutrición (Gutiérrez, Agudelo, Medina, & Giraldo, 2016).

Respecto a los síndromes geriátricos se encuentra que, aunque no encajan en una clasificación de enfermedades específicas, repercuten en la autonomía y la calidad de vida de

la persona adulta mayor. Estos síndromes están asociados a múltiples factores y afectan a varios sistemas orgánicos, por lo tanto, representan una problemática para los servicios de salud tradicionales (Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007). Estos síndromes tienen una elevada prevalencia en personas mayores de 65 años, aumentan en personas de 80 años y en personas hospitalizadas. Tras su aparición, la calidad de vida se ve afectada, por lo que aumenta la dependencia (Gómez, 2005; Inouye et al., 2007).

No existe un acuerdo contundente sobre qué tipo de afectaciones pueden considerarse como síndromes geriátricos, sin embargo, la mayoría de los profesionales coinciden en que algunos son la fragilidad, la incontinencia urinaria, las caídas, el síndrome confusional y las úlceras por presión (Fernández-Garrido, Ruiz-Ríos, Buigues, Navarro-Martínez & Cauli, 2014; Gómez, 2005).

Kane, Shamliyan, Talley y Pacala (2012) y Lordos et al. (2008) señalan que estos síndromes pueden predecir mejor la supervivencia, a diferencia de la presencia o el número de enfermedades específicas. Además, Gómez (2005) y Luengo, Maicas, Navarro y Romero (2006) consideran que, a pesar de la complejidad de estos síndromes, en muchos casos su aparición puede prevenirse y cuando hay un diagnóstico correcto pueden ser tratados adecuadamente.

Algunos lineamientos para prevenir y tratar estos síndromes son nutrición a la me-

da y ejercicios de resistencia, socialización adecuada, uso de suplementos nutricionales orales para mejorar o mantener el estado nutricional y capacitación para el cuidado en familiares (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2014).

Lo más probable es que siga esta tendencia si no se realizan programas de intervención que tengan como objetivo la prevención o el control de enfermedades crónicas. A propósito de esto, la OMS (2018) ya ha iniciado un plan de acción con las siguientes propuestas: (a) compromiso con un envejecimiento saludable, (b) alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, (c) establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica, (d) creación de entornos adaptados a las personas mayores, y (e) mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión con estudios e investigaciones sobre envejecimiento. Ante estas propuestas y bajo la demanda de atención de estas necesidades, como especialistas en el cambio conductual y en el ejercicio de las actividades en contextos de salud, es menester trabajar activamente en pro de esta población y sus familias.

MC y EA: acciones y metas

Además de las marcadas variaciones interindividuales en el EA, existen importantes diferencias intraindividuales que serán elementales y que se relacionan directamente con la conducta. El EA como se explicó antes, no solo se trata del avance de procesos biológicos

propios del tiempo (edad cronológica) sino del funcionamiento, es decir, de la edad funcional, la cual incluye conductas específicas para hacer las cosas lo mejor posible ante las demandas del ambiente.

Por ello, creemos que el cuidado del funcionamiento social y el control de las comorbilidades psicológicas deben ser prioridad para el especialista en MC. Las áreas de trabajo básicamente son ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida y, en virtud de ello, construir un mejor envejecimiento, favorecer los comportamientos de adherencia al tratamiento médico –considerando que la mayoría de las personas adultas mayores tienen alguna enfermedad crónica–, entrenar a pacientes y familiares en el uso de estrategias conductuales y de autocontrol para mantener la función cognitiva y, así, reducir el llamado deterioro cognitivo y, finalmente, prevenir y atender los problemas psicológicos comunes en etapas avanzadas de la vida como la depresión y la ansiedad.

Concentrar los esfuerzos en estas acciones puede contribuir en la creación de contextos saludables para el paciente, pero también, generar actitudes positivas hacia la salud y facilitar la funcionalidad (Bowling & Dieppe, 2005; Paúl, Teixeira, & Ribeiro, 2017; Stenner, McFarquhar, & Bowling, 2011).

Según Martín, Martín, Moliner y Aguilera (2007), el EA es la mejor receta para prevenir la dependencia, además, la mayoría de los problemas de salud durante esta etapa

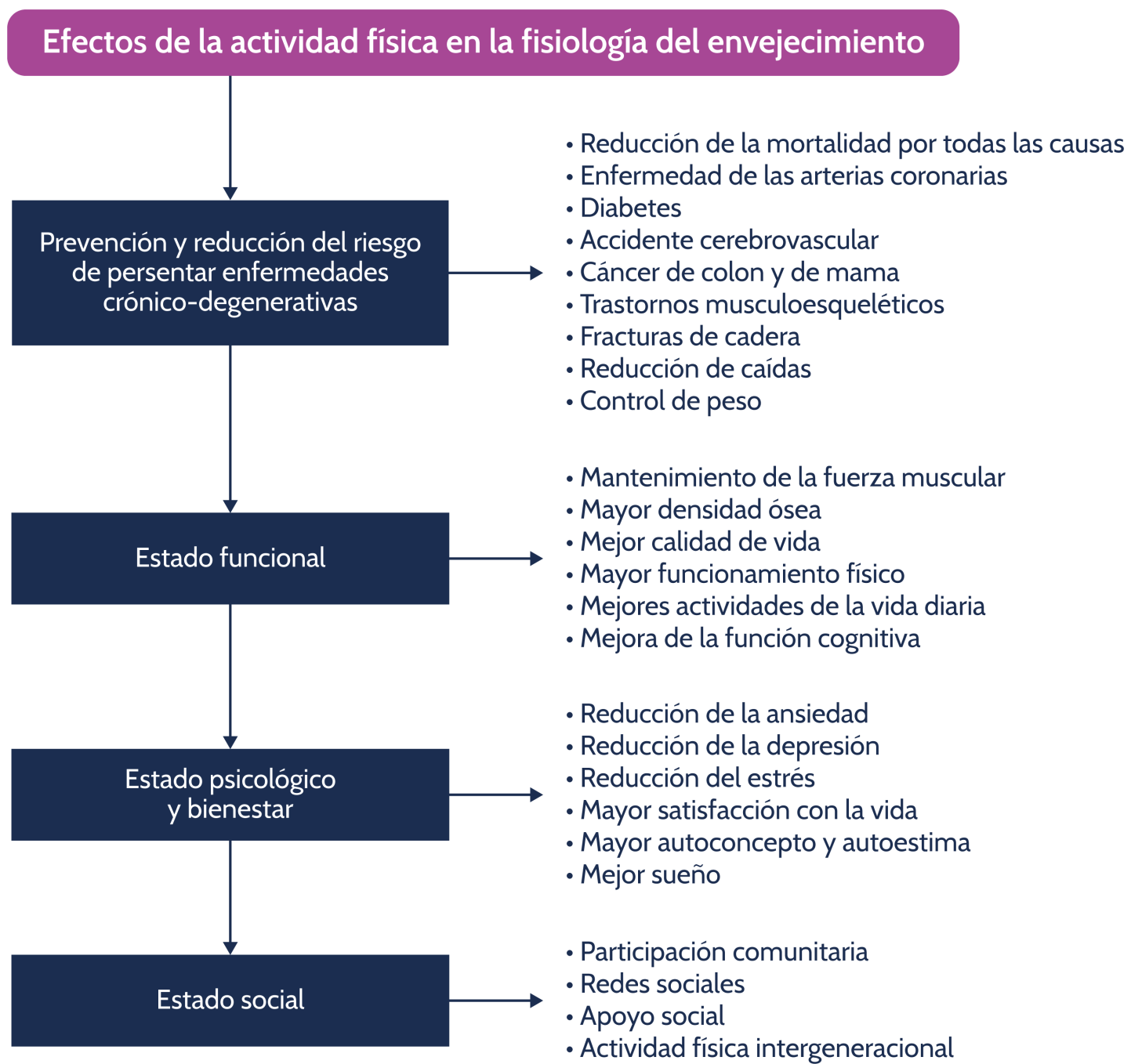
son producto de causas modificables porque se relacionan directamente con el estilo de vida. En esa misma línea, Hartman-Stein y Potkanowicz (2003) comentan que existen determinantes comportamentales para favorecer un EA, entre los cuales se encuentran la actividad física, la alimentación saludable, los ejercicios para favorecer el adecuado funcionamiento cognitivo y el entrenamiento en el manejo de las respuestas emocionales.

Actividad física

Un programa de actividad física ofrece cambios en el estado fisiológico, que incluyen cambios en el funcionamiento cardiovascular, reducción de la masa corporal y disminución de la fuerza por unidad muscular (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003). En la población que envejece –y a cualquier edad– realizar actividad física es una opción para mantenerse saludables. Los beneficios incluyen la prevención y reducción del riesgo de presentar enfermedades crónicas, mantiene el estado funcional, el bienestar psicológico y contribuye al establecimiento de conexiones sociales (LaBaze, Crasto, & Middleton, 2018; Liffiton, Horton, Baker, & Weir, 2012).

En cuanto a este elemento, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos dio a conocer una guía de actividad física en el 2008, la cual señala el papel que tiene cuando se trata de propiciar un EA, como se muestra en la figura 2.

Figura 2
Envejecimiento y actividad física



En las guías de actividad física de la OMS (2010), se ofrece una serie de recomendaciones para llevar a cabo la actividad física, entre las que comprenden ejercicios para la fuerza, equilibrio y flexibilidad. El volumen total de actividad física oscila entre 150 minutos por semana de ejercicio aeróbicos de intensidad moderada y 75 minutos por semana de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa,

con límites superiores de 300 y 150 minutos, respectivamente. Respecto al entrenamiento de equilibrio, debe realizarse tres o más días a la semana y el fortalecimiento muscular dos o más días a la semana para prevenir caídas.

En el caso de las personas adultas mayores, se dice que la actividad física facilita las AVD, por ejemplo, subir escaleras, descargar alimentos, subir y bajar del vehículo, así como

levantarse de una posición sentada y participar en actividades que son de importancia o satisfacción personal (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003).

Alimentación

El papel de la dieta en la prevención y el control de la morbilidad y la mortalidad prematura, debidas a enfermedades no transmisibles, ha sido bien establecido. La alta ingesta de verduras, frutas frescas, cereales y aceite de oliva, y la baja ingesta de grasas saturadas son características definitorias del patrón dietético mediterráneo y este tipo de dietas han sido reconocidas por sus propiedades cardioprotectoras (Lok, Chan, & Woo, 2015). Lograr cambios en el patrón alimenticio incluye entrenamiento en autocontrol, psicoeducación y solución de problemas (Peel, McClure, & Bartlett, 2005).

Funcionamiento cognitivo

Uno de los principales problemas de las personas adultas mayores es el denominado deterioro cognitivo, caracterizado por déficits en la atención y la memoria y pueden llegar a grados severos como la demencia, esto particularmente en pacientes mayores de 80 años, motivo por el cual, se requiere de un entrenamiento cognitivo en adultos independientes, esto con la mira de preservar la memoria, el razonamiento inductivo o la velocidad de procesamiento (Brennan-Olsen et al., 2019; Nyberg & Pudas, 2018). Aunque este entrenamiento puede tomar años para ver una mejora

o percibir una ganancia funcional, vale la pena integrar en el repertorio conductual actividades encaminadas a ello. Estas actividades suelen ser fáciles y poco costosas, por ejemplo, hacer crucigramas, aprender a dibujar o a tocar un instrumento, aprender un idioma, un nuevo programa de computadora o cierta función del teléfono móvil, navegar por internet y visitar museos (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003).

Salud mental

A lo largo de la vida –y podríamos decir que particularmente en las personas adultas mayores–, ante las exigencias y problemas de la vida cotidiana, suelen presentarse respuestas asociadas a la depresión, la ansiedad y el estrés. Conforme avanza el tiempo, podrían presentarse alteraciones en los estados de ánimo, llanto, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, disminución del placer, sentimientos de desesperanza o inutilidad. En caso de que este tipo de respuestas perduren o se agraven, será importante recurrir al psicólogo para identificar las mejores formas de hacerle frente (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003). Otra actividad que redundará en beneficios, cuando se trata del estado de ánimo, es la Terapia de Activación Conductual, que incluye la programación de eventos y actividades personalmente gratificantes y dirigidas a valores (cosas, personas y situaciones valiosas para la persona). Este tipo de terapias contribuyen a que la persona adulta mayor encuentre un sig-

nificado a su vida a través de la participación en actividades diversas, por ejemplo, el voluntariado, la religión y la espiritualidad, el ejercicio y las prácticas con otros incluida la pareja (Polenick & Flora, 2013).

Intervenciones psicológicas para promover el EA

Las intervenciones conductuales han mostrado resultados satisfactorios para prevenir y controlar el deterioro físico y cognitivo, mejorando la calidad de vida de la persona adulta mayor y de sus familias.

De acuerdo con Montorio (1999), la terapia conductual es más aceptable que solo el tratamiento farmacológico, por la cuestión de los efectos secundarios que pueden presentarse a una edad avanzada y por las interacciones con otros medicamentos, además, puede ser utilizada para problemas variados como la depresión, la ansiedad, el afrontamiento del dolor, el insomnio, la adherencia a los tratamientos, etc. Estas intervenciones deberán ser ajustadas a las características y necesidades del paciente, por ejemplo, adaptarlas a los déficits sensoriales y a la fragilidad-funcionalidad del paciente (Flórez & González, 2000).

Por otra parte, Thompson (1996, como se citó en Flórez & González, 2000) señaló que, para mantener un proceso de aprendizaje activo en la terapia cognitivo-conductual con personas adultas mayores, se debe solicitar hacer resúmenes de los contenidos de las sesiones y que las tareas para casa no sean com-

plejas. Asimismo, los contenidos de estas terapias deben enfocarse a aspectos cotidianos de esta etapa de vida (enfermedad propia o de la pareja, cambios de residencia, problemas familiares, problemas económicos, jubilación, etc.).

Fernández-Ballesteros (2011) hizo hincapié, en que si bien, existen factores de riesgo/protección a nivel biomédico, como el ejercicio, la nutrición, la eliminación de malos hábitos que contribuyen a un EA, también hay evidencias empíricas de comportamientos protectores de enfermedad como la actividad cognitiva, las relaciones interpersonales, la actitud positiva, los estilos para afrontar el estrés, la percepción de control y la autoeficacia.

Estos comportamientos predicen la longevidad y el envejecimiento saludable que, bajo estas propuestas de intervención, debe visualizarse como un fenómeno dinámico generacional e interactivo.

Conclusiones

El objetivo de este capítulo fue ofrecer al lector una visión general de las perspectivas y retos del denominado EA. A lo largo del manuscrito, se observó la diversidad de conceptos que se han desarrollado para explicarlo, y a pesar de la dificultad para definirlo, se coincide en que se trata de un proceso que se construye a lo largo de la vida, bajo el análisis e influencia del sistema de creencias, la religión y la condición sociocultural. Valdría la pena preguntarse: *¿Cómo se está construyendo la vejez de la*

sociedad contemporánea? ¿Qué están haciendo actualmente los adultos jóvenes para tener un EA? ¿Qué podemos hacer los psicólogos como especialistas del comportamiento para ayudar a las personas a tener un mejor estilo de vida y construir una vejez de calidad?

Es evidente que hay mucho por hacer y que el crecimiento de personas adultos mayores es una avalancha inevitable, de extrema importancia y urgencia, por lo que, debemos llegar a una definición empírica del EA, estableciendo comparaciones claras entre contextos, poblaciones y predictores conductuales. Se requieren estudios prospectivos longitudinales que puedan dar cuenta de las necesidades y cambios de los jóvenes que eventualmente serán adultos mayores.

Cuando hablamos de cambios en el estilo de vida, el psicólogo especializado en MC puede desarrollar programas educativos basados en las necesidades de las personas y las características del contexto (llámese comunidad, familia, hospital), ayudando así a los asistentes a que mejoren la comprensión del papel que tiene su conducta en la construcción del EA y sus efectos sobre la salud cuando se trata de reducir la morbilidad por condiciones preexistentes y mejorar el estado funcional general.

Los beneficios de estas intervenciones son el establecimiento de repertorios comportamentales que pueden sostenerse en el tiempo, si se proporciona un entrenamiento sistemático y especializado, y lograr una camaradería positiva entre los participantes, si se

lleva a cabo en grupos. Con estos programas de intervención se intenta garantizar la movilidad y la independencia de este estrato poblacional, creando las condiciones idóneas para promover el funcionamiento activo de estos individuos en todos los niveles (físico, económico, emocional y social). Un último elemento para considerar tiene que ver con los últimos momentos de la vida, pues la muerte es inevitable aun cuando se trabaja en construir un EA, nos corresponde considerar perspectivas sobre el éxito en lograr una buena muerte, una muerte digna. Hay mucho por hacer y, como especialistas de la conducta, podemos lograr una diferencia en esta población.

Referencias

- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 331(7531), 1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Brennan-Olsen, S.L., Quirk, S., Hosking, S.M., Hyde, N. Duckham, R., & Millar, L. (2019). Cultural and socioeconomic determinants of Healthy Aging. En. P.P. Coll (Ed.), *Healthy Aging. A Complete Guide to Clinical Management* (pp. 341-347). Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Carstensen. L.L. (1990). Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En L.L. Carstensen, & B.A. Edelstein (Coords.), *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social* (pp. 58-73). Barcelona: Martínez Roca.

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2014). *Diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GER_sindrome_de_fragilidad.pdf%20
- Cosco, T.D., Prina, A.M., Perales, J., Stephan, B.C., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 26(3), 373-381. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002287>
- Divo, M.J., Martínez, C.H., & Mannino, D.M. (2014). Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *European Respiratory Journal*, 44(4), 1055-1068. <https://doi.org/10.1183/09031936.00059814>
- Federal Center for Health Education. (2012). *Healthy and active ageing*. Recuperado de <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Envejecimiento saludable*. Congreso sobre envejecimiento: La investigación en España, Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.Á., Díez, J., Montero, P., & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.
- Fernández-Garrido, J., Ruiz-Ríos, V., Buigues C, Navarro-Martínez, R., & Cauli, O. (2014). Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.008>
- Flórez, J., & González, M. (2000). Psicoterapia en el anciano. *Medicina Integral*, 36(2), 1-17.
- Gómez, A. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia profesional*, 19, 70-74.
- González, G., Fonseca, C., & García, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. *Revista Digital Universitaria*, 14, 1-19.
- Gutiérrez, L.M., Agudelo, M., Giraldo, L. & Medina, R. (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. México: Instituto Nacional de Geriátria. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
- Gutiérrez, L.M., García, C., Medina, R., Parra, L., López, M., González, J., & Gómez, H. (2015). *Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México*. México: Instituto Nacional de Geriátria. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf

- Gutiérrez, L.M., & Lezama, M. (2013). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie Cuadernillos de Salud Pública*. México: Instituto Nacional de Geriatria.
- Hartman-Stein, P., & Potkanowicz, E. (2003). Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2), 6.
- Help International Red Global. (2015). *Índice Global de Envejecimiento, Age Whatch. Resumen Ejecutivo*. Recuperado de https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf
- Inouye, S.K., Studenski, S., Tinetti, M.E., & Kuchel, G.A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780-791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
- Instituto Nacional de Geriatria. (2017). *Envejecimiento*. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html#:~:text=La%20vejez%20es%20la%20etapa,es%20a%20los%2065%20a%C3%B1os>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Vejez y envejecimiento*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez>
- Kane R., Shamliyan, T., Talley, K., & Pacala, J. (2012). The association between geriatric syndromes and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 896-904. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x>
- LaBaze, D., Crasto, J.A., & Middleton, K.K. (2018) An exercise prescription for healthy active aging. En V.J. Wright, & K.K. Middleton (Eds.), *Materful care of the aging athlete* (pp. 195-203). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16223-2_16
- Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P.K., & Baradaran, H.R. (2020). Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-22. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8136-8>
- Lawton, M.P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer, & M.P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10044-020>
- Liffiton, J.A., Horton, S., Baker, J., & Weir, P. L. (2012). Successful aging: how does physical activity influence engagement with life? *European Review of Aging and Physical Activity*, 9(2), 103-108. <https://doi.org/10.1007/s11556-012-0098-0>
- Lok, Y.W.K., Chan, R.S.M., & Woo, J. (2015). The role of nutrition in successful aging. In S.T.

- Cheng, I. Chi, H. Fung, L. Li, & J. Woo (Eds.), *Successful Aging*. Dordrecht: Springer.
- Lordos, E.F., Herrmann, F.R., Robine, J.M., Balahoczky, M., Giannelli, S. V., Gold, G., & Michel, J.P. (2008). Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Research*, 11(4), 829-836. <https://doi.org/10.1089/rej.2008.0721>
- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, M., & Romero, L. (2006). Justificación, concepto e importancia de los síndromes geriátricos. En G. Abellán et al. (Eds.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp. 143-150). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).
- Martín, I., Martín, A. Moliner, C., & Aguilera. L. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42, 4-6.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B.J., Willcox, D.C., & Poon, L.W. (2014). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Montorio, I. (1999). Una visión de la dependencia: desafiando la perspectiva tradicional. En F. Leturia, J. Yanguas, & M. Leturia (Eds.), *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. Guipúzcoa: Diputación Foral.
- Nyberg, L., & Pudas, S. (2018). Successful Memory Aging. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 219-243. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103052>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento activo y la salud*.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Temas en salud. Envejecimiento*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Paúl, C., Teixeira, L., & Ribeiro, O. (2017). Active Aging in Very Old Age and the Relevance of Psychological Aspects. *Frontiers in Medicine*, 4, 181. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00181>
- Peel, N.M., McClure, R.J., & Bartlett, H.P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>

- Petretto, D.R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Polenick, C.A., & Flora, S.R. (2013). Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical considerations. *The Behavior Analyst*, 36(1), 35-55. <https://doi.org/10.1007/BF03392291>
- Rantanen, T., Portegijs, E., Kokko, K., Rantakokko, M., Törmäkangas, T., & Saajanaho, M. (2019). Developing an Assessment Method of Active Aging: University of Jyväskylä Active Aging Scale. *Journal of Aging and Health*, 31(6), 1002-1024. <https://doi.org/10.1177/0898264317750449>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively. *Journal of health psychology*, 16(3), 467-477. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Recuperado de <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
- United Nations Department of Economy and Social Affairs. (2015). *World population prospects: the 2015 revision. Key findings & advance tables*. Recuperado de https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing and Society*, 32, 1087-1105.
- Wahl, H.W., Siebert, J.S., & Tauber, B. (2017). Psychological Theories of Successful Aging. En N.A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-082-7_108
- Zanjari, N., Sani, M.S., Chavoshi, M.H., Rafiey, H., & Shahboulaghi, F.M. (2017). Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31(1), 1-12. <https://doi.org/10.14196/mjiri.31.100>

Capítulo 8

Adhesión al tratamiento: un problema en las enfermedades crónicas

Isaías Vicente Lugo González y Aarón Villegas Cisneros

Como es bien sabido, entre las principales características de las enfermedades crónicas están su progresión y permanencia (Larsen, 2009). Por lo tanto, los tratamientos se orientan, esencialmente, al control de síntomas y a la prevención de consecuencias adversas (Barley & Lawson, 2016; Bravo-González, 2014; Grau-Abalo, 2016; Leventhal, Weinman, Leventhal, & Phillips, 2008) a través de la toma de fármacos y la modificación del estilo de vida acordes a las necesidades de cada enfermo, de manera permanente y consistente en el tiempo. Esto implica el desarrollo de patrones de comportamiento complejos (Fernández & Merino, 2015), lo que puede dificultar la iniciación de un nuevo régimen de tratamiento, que se lleve a cabo de manera incorrecta o inconsistente, o que se suspenda parcial o totalmente, aumentando los riesgos para la salud y limitando los resultados esperados (Dunbar-Jacob, Schlenk, & McCall, 2012).

De manera general, se ha reportado que al menos el 50% de los enfermos crónicos tiene problemas de adhesión¹ al tratamiento (Dunbar-Jacob et al., 2012; Fernández & Merino, 2015; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003; Vilaplana, González, & Ordoñana, 2012), lo que se traducirá en un número elevado de ingresos a urgencias y otros servicios hospitalarios, impactando en su economía y calidad de vida y aumentando el riesgo de muerte (Dunbar-Jacob et al., 2012; Ebmeier et al., 2017; Engelkes, Janssens, de Jongste, Sturkenboom, & Verhamme 2015; Lam & Fresco,

1 En este texto se utilizará el término adhesión para referirnos a conductas de salud cuyos criterios de logro corresponden a las instrucciones proporcionadas por el personal de salud, que producen una mejoría o control en los resultados clínicos y en la calidad de vida del individuo y pueden medirse y evaluarse, dada la naturaleza del comportamiento y de la historia natural de la enfermedad.

2015; Walsh et al., 2019). Por el contrario, un nivel de adhesión elevado reducirá estos riesgos (Rosen, Fridman, Rosen, Shane, & Pevnick, 2017; Sokol, McGuigan, Verbrugge, & Epstein, 2005; Walsh et al., 2019).

DiMatteo (2004) reportó variaciones en el porcentaje de adhesión entre individuos con diferentes padecimientos, al revisar 569 estudios empíricos; por ejemplo, las personas con infección por VIH parecen tener niveles más altos (88.3%), seguidos de los individuos con artritis (81.2%), enfermedades gastrointestinales (80.4%) y cáncer (79.1%); en contraste con los enfermos renales (70%), quienes tienen alguna enfermedad respiratoria (68.8%), diabetes (67.5%) o algún trastorno del sueño (65.5%). Datos similares encontraron Briesacher, Andrade, Fouayzi y Chan (2008), quienes contaron con datos de 706 032 adultos, y determinaron el 80% como porcentaje ideal de adhesión, identificaron que las personas con hipertensión (72.3%), hipotiroidismo (68.4%) y diabetes tipo 2 (65.4%) tienen porcentajes más altos; esto en un grupo de individuos con gota, hipercolesterolemia y trastornos convulsivos.

Para Fernández y Merino (2015), Glanz y Kegler (2012), Rodríguez y Rentería (2016), el uso permanente y consistente de los tratamientos dependen, primordialmente, del comportamiento del individuo; por lo tanto, su conducta es fundamental para el control de su(s) enfermedad(es) crónica(s) (Dunbar-Jacob et al., 2012; Kripalani, Yao, & Haynes, 2007;

OMS, 2003). En otras palabras, el comportamiento de la persona enferma es el punto mediador entre las indicaciones del equipo de salud y los resultados positivos o negativos en la salud (DiMatteo, Haskard-Zolnierrek, & Martin, 2012; Kripalani et al., 2007).

Así, el trabajo del especialista en comportamiento, dentro de un equipo multidisciplinario y centrado en mejorar la adhesión terapéutica, favorece el control y la rehabilitación de las enfermedades crónicas y, por lo tanto, es fundamental (Dekker, Stauder, & Penedo, 2017; Reynoso-Erazo, 2014; Ritz, Meuret, Trueba, Fritzsche, & von Leupoldt, 2013; Vargas, Herrera, & Rocha, 2018).

Derivado del trabajo multidisciplinario, y en particular desde las ciencias médicas y farmacológicas, se han desarrollado medicamentos más eficaces y efectivos, mucho más sencillos al momento de ingerirlos, con menos efectos secundarios e incluso mucho más asequibles (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009; Rodríguez, García, Amariles, Rodríguez, & Faus, 2008).

Asimismo, se diseñan y aplican programas educativos para mejorar y reforzar la información y toma de decisiones de los pacientes sobre el uso de sus tratamientos (Juvinyà-Canal, Bertran-Noguer, & Suñer-Soler, 2018), se hace énfasis en la mejoría de la relación médico-paciente para favorecer el cambio conductual y el mantenimiento de cambios en el estilo de vida y se cuenta con diversas herramientas de evaluación de la

adhesión (Dilla et al., 2009; Vilaplana et al., 2012).

Además, se han implementado modelos de atención basados en la investigación y adaptados al contexto particular de cada paciente (Barbui & Cipriani, 2011) y se promueve la incorporación de sus dudas, intereses, preocupaciones y creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, la información con la que cuentan y sus fuentes, las razones de su falta de adhesión y sus perspectivas sobre la información que se les da, así como de las intervenciones en las que se pide su participación; elementos clave para potencializar los resultados y aceptación de los programas para el control de las enfermedades y la adhesión a los tratamientos (Miles et al., 2017).

Desde la psicología se han propuesto recomendaciones basadas en la investigación básica y aplicada, orientadas a considerar elementos centrales para mejorar los comportamientos de adhesión, tales como la realización de conductas morfológicamente adecuadas al uso de tratamientos, contar con un ambiente que permita llevarlas a cabo e identificar los resultados positivos contingentes derivados de estas (Fernández & Merino, 2015; Rodríguez & Rentería, 2016).

Aunado a lo anterior, se realizan intervenciones psicológicas en concordancia y en apoyo del tratamiento, que ya reciben los pacientes de diferentes especialistas en salud con el propósito de mitigar los problemas de adhesión al tratamiento (Reynoso-Erazo,

2014), obteniendo resultados generalmente positivos en niños, adolescentes y adultos con diferentes enfermedades crónicas (Pai & McGrady, 2014; Patton, Hughes, Cadogan, & Ryan, 2017), como diabetes tipo 2 (Carpenter, DiChiacchio, & Barker, 2019), enfermedades del corazón (Reid, Ski, & Thompson, 2013; Richards et al., 2017), infección por VIH (Locher, Messerli, Gaab, & Gerger, 2019), enfermedad renal crónica (Murali et al., 2019) y enfermedades respiratorias (McCullough et al., 2016; Ritz et al., 2013), por mencionar algunas.

Sin embargo, es claro que, aun con todos los desarrollos de cada disciplina, no se logra ni un control en las cifras de incidencia, prevalencia y mortalidad de las enfermedades crónicas a nivel mundial (Grau-Abalo, 2016; Yach, Hawkes, Linn-Gould, & Hofman, 2004) ni una prevención de complicaciones derivadas de la falta de adhesión. Ejemplo de esto es el aumento en el número y mortalidad de pacientes con enfermedad renal crónica secundaria a diabetes e hipertensión (Aldrete-Velasco et al., 2018) o el desarrollo de osteoartritis, cáncer, enfermedades cardiovasculares o metabólicas como consecuencia del sobrepeso u obesidad (Ärnlöv, Ingelsson, Sundström, & Lind, 2010; Bray, Kim, & Wilding, 2017).

Entonces, ¿en dónde se puede ubicar el problema? Los medicamentos no son tan efectivos, las intervenciones psicológicas y de los diversos especialistas en salud han dado falsos positivos o las formas de evaluación de adhesión es deficiente. En cualquier caso, el

problema de adhesión terapéutica es grave, no hay mayor duda al respecto y, con base en los datos mostrados, esta, en sí misma, constituye un problema multifactorial. Por ello, es necesario que, si se quiere realizar intervención o investigación psicológica sobre adhesión en pacientes con enfermedades crónicas, se analice y consideren problemas conceptuales, operacionales y metodológicos; aspectos que se mencionarán a lo largo del presente capítulo.

Adherencia o adhesión al tratamiento: un problema conceptual

La progresión y el pronóstico de las enfermedades crónicas dependen del nivel de adherencia terapéutica. No obstante, este concepto resulta ambiguo e incluso impreciso al otorgarle un nivel de medición. Por este motivo, es necesario hacer una breve revisión crítica sobre algunas definiciones que se han propuesto a lo largo de 40 años, a fin de reflexionar sobre el problema conceptual que representa.

El concepto de adherencia terapéutica fue descrito por Haynes (1979) como el grado en que la conducta de un paciente coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida.

Al respecto, Meichenbaum y Turk (1991) señalaron que en la adherencia terapéutica se debe considerar el seguimiento a los tratamientos tanto médicos como conductuales, a las intervenciones con fines preventivos

(ejecutar comportamientos que resultan protectores de la salud) y a los tratamientos en pacientes con afecciones crónicas. Agregan que la adherencia cubre una gran variedad de conductas entre las que se incluyen: (a) iniciar y mantener un programa de tratamiento; (b) asistir a citas de seguimiento; (c) usar correctamente la medicación prescrita; (d) realizar cambios en el estilo de vida; (e) realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario, y (f) evitar conductas contraindicadas. Para estos autores, la falta de adherencia, por lo tanto, se puede manifestar en:

- *Errores posológicos*: omisión de la toma del fármaco, tomar el medicamento fuera del horario establecido por el médico, dosificación inadecuada, ingerir el medicamento caducado, tomar fármacos contraindicados, entre otros.
- *Asistencia al tratamiento*: retraso a la hora de buscar asistencia médica, no incorporarse al programa de tratamiento, no acudir a citas previamente concertadas, terminar prematuramente los tratamientos, entre otras.
- *Cambios conductuales*: No adoptar las medidas preventivas recomendadas, implementación incompleta de las instrucciones, sabotear el régimen terapéutico, no participar en los programas de salud prescritos, elaborar los propios regímenes de tratamiento para *cubrir los vacíos* que el paciente cree que el profesional de la salud pasó por alto, sustituir los re-

gímenes de tratamiento prescrito por un programa creado por uno mismo, tomar el medicamento con drogas o bebidas alcohólicas, en ayunas o después de haber ingerido algún alimento.

Según Zaldívar (2003), la adherencia terapéutica implica un cambio en el repertorio conductual del paciente, ya que, además de aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, deberá poner en práctica de manera continuada los comportamientos e indicaciones dadas y deberá evitar comportamientos de riesgo e incorporar a su estilo de vida las conductas saludables. De acuerdo con Berlant y Pruitt (2003), las conductas que el paciente implemente en el programa de adherencia terapéutica deberá cumplir criterios aceptables de frecuencia, intensidad y exactitud, dado que de ello depende su relación con la mejoría en los resultados clínicos.

Por su parte, la OMS (2003) definió a la adherencia terapéutica como el grado en el que el comportamiento del paciente (tomar medicamentos, seguir una dieta e introducir cambios en su estilo de vida) corresponde a las indicaciones o recomendaciones del profesional de la salud. Esta definición incluye elementos propuestos por Sackett y Haynes (1976) y no dista de la propuesta por Rodríguez-Marín (2004), quien habla del consejo médico y de procesos específicos (como tomar medicamentos) y otros de carácter general (como mantener prácticas saludables en el estilo de vida).

De acuerdo con Osterberg y Blaschke (2005), la adherencia se relaciona con asumir las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, sobre el estilo de vida y el tratamiento farmacológico prescrito, haciendo énfasis en el grado de coincidencia entre las normas indicadas y el cumplimiento de estas. Lo anterior coincide con la definición de Silva, Galeano y Correa (2005), sin embargo, estos autores toman en cuenta la *capacidad* del paciente para asistir a consultas programadas, tomar medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas, por ello, también se habla de modificaciones en el entorno, así como en la calidad y el modo de vida.

Para Piña y Sánchez-Sosa (2007), es esencial hablar de la frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud practica, a lo largo de un periodo variable y a partir de las *competencias* que dispone, una diversidad de comportamientos que le permitan cumplir de modo eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud. A pesar de que la definición de estos autores corresponde con la definición de Berlant y Pruitt (2003) y de Zaldívar (2003), al menos, en lo relativo a la frecuencia de los comportamientos, una de las principales diferencias, en general con las definiciones previas, es que Piña y Sánchez-Sosa (2007) hablan de *comportamientos de adhesión* y no adherencia terapéutica.

Flórez (2009), por su parte, plantea diferenciar la adherencia en dos vías:

Adherencia a tratamientos farmacológicos: grado en que el comportamiento de una persona, como tomar los medicamentos, se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria;

Adherencia al tratamiento no farmacológico: grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el profesional de la salud en cuanto al cambio de [estilo de vida –aumentar la actividad física, disminuir o evitar el consumo de alcohol o tabaco, etc.–]. (p.27)

De igual manera que las definiciones previas, DiMatteo et al. (2012) hablan de la correspondencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el equipo de salud; sin embargo, agregan que dichas recomendaciones deben ser acordadas entre este y el paciente, en aras de obtener resultados positivos en el manejo de su enfermedad, dada la participación en las decisiones sobre su tratamiento –elemento central ya apuntado por Fernández y Merino (2015)–.

Aún con estas definiciones, se carece de una que esté avalada por toda la comunidad científica, como ya lo han señalado Ortiz y

Ortiz (2007); sin embargo, en el contexto psicológico, si bien no existe una definición bien establecida, la adherencia es concebida como un fenómeno conductual complejo o conductas relacionadas con la salud que se promueven en la interacción entre paciente y equipo de salud (Dunbar-Jacob et al., 2012; Fernández & Merino, 2015; Puente-Silva, 1985; Rodríguez & Rentería 2016).

Partiendo de esta premisa y con base en las definiciones previas, se propone entender la *adhesión terapéutica* como un conjunto específico de conductas de salud cuyos criterios de logro² corresponden a las instrucciones proporcionadas por el personal de salud, que producen una mejoría o control en los resultados clínicos y en la calidad de vida del individuo, que pueden medirse y evaluarse de manera multimetódica y continua, dada la naturaleza variable y multifactorial del comportamiento y de la historia natural de la enfermedad (Villegas, 2019).

Si se analiza detalladamente esta propuesta conceptual, resulta más adecuado usar el término *adhesión terapéutica* ya que, de acuerdo con DiMatteo y DiNicola (1982), este término hace énfasis en una participación activa y voluntaria del paciente en el curso del

2 Medida que permite observar la modificación conductual que beneficia la salud del individuo y que son indicadas por el personal de salud. Por ejemplo, andar en bicicleta 60 minutos al día para reducir la tensión arterial de 130/80 a 120/80 en pacientes con pre-hipertensión.

comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado; además, este término se refiere a una acción y no a una propiedad que alude a la unión anormal de algo que naturalmente debe estar separado, como lo hace el concepto de adherencia (Fernández & Merino, 2015; Real Academia Española [RAE], 2021).

Por otro lado, se señala a la adhesión terapéutica como *conductas de salud específicas* debido a que, tomar una tableta de captopril de 50 mg cada 24 horas por lo menos una hora antes de comer, ingerir un máximo de 1500 mg de sodio al día, no beber alcohol, reducir el consumo de potasio, tomar dos litros de agua simple a lo largo del día y realizar actividad física cardiovascular por lo menos 40 minutos diariamente, reducir el índice de masa corporal (IMC) de 37 a 25 y asistir a consulta con el cardiólogo cada 30 días son conductas indicadas y delimitadas por el personal de salud que, de ejecutarse en tiempo y forma, producen una mejoría o control en los resultados clínicos y en la calidad de vida del individuo; sin embargo, si no se cubren estos criterios de logro, se puede afirmar que el individuo tiene una adhesión inadecuada.

También se habla de *personal de salud*, fundamentalmente, porque el médico no es el único que proporciona indicaciones o instrucciones en su ejercicio clínico; actualmente, diferentes profesionales atienden un mismo problema de salud en un individuo. Además, se habla de *individuo* y no de *paciente* por-

que se pretende promover la eliminación de esa perspectiva del paciente enfermo que espera pasiva y dócilmente la atención médica (Diefenbach & Leventhal, 1996). Asimismo, las personas sanas también pueden recibir indicaciones para ejecutar conductas específicas de salud y no solo los que están enfermos.

De igual forma, se menciona que estas conductas de salud pueden medirse y evaluarse de manera *multimetódica* porque pueden emplearse entrevistas, autorregistros conductuales, escalas clinimétricas, análisis clínicos, entre otros. De hecho, el multimetodismo puede otorgar confiabilidad y validez a la evaluación de estos comportamientos y se ha recomendado su uso, ya que minimiza las limitaciones que en sí tiene cualquier método, así lo sugieren Bosworth (2010), Farmer (1999), Fernández-Ballesteros (2013), Lam y Fresco (2015), Liu et al. (2001), Modi, Ingerski, Rausch, Glauser y Drotar (2012), y Quittner, Espelage, levers-Landis y Drotar (2000).

Al respecto, Stirratt et al. (2015) recomiendan elegir adecuadamente los métodos de evaluación, ya que se pueden emplear herramientas que evalúen constructos relacionados con las conductas de adhesión (barreras, creencias o conocimientos), no en sí conductas de adhesión, por lo que se podría estar evaluando aspectos antecedentes o consecuentes de dichas conductas.

De igual manera, se habla de *evaluación y medición continua* porque las conductas de adhesión al tratamiento están en función

de la historia natural de la enfermedad (entre otros factores). De hecho, Arnett et al. (2019) sugieren que el tratamiento de la hipertensión arterial depende del estadio en el que esta se encuentre, señalando que el tratamiento conductual puede disminuir los niveles de tensión arterial en individuos prehipertensos o en grado I, prescindiendo, inclusive, del régimen farmacológico en algunos casos. Asimismo, Granados y Roales-Nieto (2007) indicaron que a medida que evoluciona la enfermedad y conforme aumenta la complejidad del tratamiento, el paciente hipertenso, por ejemplo, presenta grandes dificultades para tener conductas de adhesión al esquema médico; por ello, la relevancia de la evaluación y la medición continua de las conductas de adhesión.

Adhesión al tratamiento: un problema operacional

Es esperado que sin una definición conceptual precisa y consensuada por la comunidad científica, tampoco haya una definición operacional claramente constituida; sin embargo, de manera tradicional, se han empleado diferentes métodos (por separado) para evaluar y medir la adhesión terapéutica o las conductas de adhesión. De hecho, Meichenbaum y Turk (1991) y Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018) destacaron las siguientes categorías generales:

- **Métodos directos:** consisten en identificar la presencia del fármaco en alguna muestra biológica, como sangre, orina o saliva.

- **Métodos indirectos:** consisten en la entrevista, el autorreporte del paciente o su cuidador, el conteo de pastillas no tomadas, los autorregistros, el resguardo de las recetas de reposición, las medidas conductuales, las entrevistas clínicas, el registro de citas no mantenidas, los resultados de mejoría o estabilidad clínica en los síntomas o en la condición médica del sujeto o las escalas clinimétricas y psicométricas, las cuales se utilizan frecuentemente.

Como se puede observar, existen diversos métodos de evaluación; a pesar de ello y de las sugerencias, Bosworth (2010), Farmer (1999), Lam y Fresco (2015), Liu et al. (2001), Modi et al. (2012); Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018) y Quittner et al. (2000) afirman que el empleo de varios métodos es poco viable y destacan el uso de escalas de autorreporte autoaplicables como la estrategia más recomendable en el contexto clínico habitual. Esto puede ser cuestionable porque, hasta ahora, no parece haber evidencia o consenso científico sobre cuál método resulta más eficaz, ya que cualquier método de evaluación presenta ventajas y desventajas (tabla 1).

Si bien, Rincón et al. (2018) destacan a los dispositivos electrónicos como el *gold standard*, debido a su exactitud para la evaluación de la adhesión al tratamiento farmacológico, Kreys (2016) refiere que aún falta más evidencia de ello e indica no confundir a estos métodos como la medida principal de adhesión y

Tabla 1
Métodos de evaluación de la adhesión al tratamiento, ventajas y desventajas

Métodos	Tipos	Ventajas	Inconvenientes
Directos	Indicadores biológicos	- Método directo y objetivo. - Elevada precisión.	- No están disponibles para todos los medicamentos. - Tiene costo elevado.
	Descripción: medición de la concentración de medicamento en sangre, orina o saliva.	- Muestra evidencia fisiológica del uso o no del medicamento. - Muestra evidencia fisiológica del cambio en estilo de vida.	- Uso limitado en la práctica diaria ya que requiere de mediciones repetidas. - Puede ser una prueba invasiva y generar incomodidad. - Se utilizan en ensayos clínicos de tipo ciego. - No cualquier profesional puede llevarlo a cabo. - Clasificación de adhesión en términos dicotómicos (Sí/No). - No se identifica un patrón conductual en el uso del tratamiento.
Indirectos	Entrevista	- Método fácil, rápido y económico en su aplicación. - Parcialmente objetivo. - Se puede complementar con otros métodos.	- Se requiere de habilidades clínicas para ejecutarla. - Puede carecer de validez de contenido. - Se limita al juicio del evaluador. - Ofrece información parcial sobre el patrón de uso del medicamento o la realización de actividades. - Disponible solo en el contexto clínico y cuando se tiene consulta. - Se tiende a sobreestimar el nivel de adhesión. - Una relación negativa entre médico y paciente puede limitar los resultados.
	Recuento de pastillas sobrantes	- Parcialmente objetivo. - De fácil realización. - De bajo costo. - Con similitudes con el monitoreo electrónico. - Se puede complementar con otros métodos.	- Requiere de mayor tiempo. - Detecta omisiones, no detecta errores posológicos. - No ofrece información del patrón de adhesión. - No se puede confirmar el uso del medicamento. - Se suele sobreestimar el nivel de adhesión. - Existen diferentes fórmulas para determinar el nivel de adhesión, por lo que los valores de corte son diferentes o arbitrarios.
Indirectos	Descripción: índice que se obtiene al contar el número de dosis usadas entre dos consultas y compararlo con el número total de dosis.		

Métodos	Tipos	Ventajas	Inconvenientes
Indirectos	Monitoreo electrónico	• Parcialmente objetivo y exacto.	• Se requiere del dispositivo. • No aplicaría en la práctica clínica dado el costo elevado y no está disponible en todos los países.
	Descripción: medición por medio de un dispositivo, el cual ofrece el dato exacto de dosis utilizadas y su hora.	• Muestra recordatorios, retroalimentación y monitoreo en tiempo real. • Identifica patrones de adhesión.	• No se puede confirmar el uso del medicamento. • Normalmente se utilizan en ensayos clínicos y es factible que los participantes alteren su patrón de adhesión.
Indirectos	Resultados clínicos	• Parcialmente objetivo y exacto.	• Puede ser una prueba invasiva y generar incomodidad.
	Descripción: medición de un indicador biomédico el cual refleja una variación en función del uso del tratamiento.	• Se puede aplicar de manera repetida. • Ofrecen datos retrospectivos que reflejan el uso del tratamiento.	• Se requiere de un especialista que realice la prueba. • Implica costos. • Clasificación de adhesión en términos dicotómicos (Sí/No). • No ofrece información del patrón de adhesión.
Indirectos	Escalas clinimétricas y psicométricas	• Método fácil de aplicar. • No invasivos y de bajo costo.	• Se requiere que el instrumento cuente con datos adecuados y suficientes de confiabilidad y validez.
	Descripción: conjunto de preguntas o afirmaciones desarrolladas para evaluar la adhesión al tratamiento o al cambio en el estilo de vida.	• Se puede aplicar de manera repetida. • Son autoaplicables. • Cuentan con datos de confiabilidad y validez. • En general, tienen un buen nivel de relación con otros métodos. • Identifican patrones de adhesión. • Se puede evaluar el cambio y mantenimiento del estilo de vida.	• Se tiende a sobrestimar el nivel de adhesión, ya que las formas de respuesta son valorativas en frecuencia o dicotómicas (Sí/No). • Requiere de habilidades básicas de lectura. • Si la estructura del instrumento es compleja, puede arrojar datos incorrectos. • Se debe de comprobar la resolución total del instrumento o de lo contrario se contará con datos incompletos. • Las respuestas están sujetas a lo que recuerda el participante. • Las respuestas pueden estar sujetos a la deseabilidad social.

Nota: Elaboración propia con base en las descripciones de Farmer (1999); Lam y Fresco (2015); López, Romero, Parra y Rojas (2016); Meichenbaum y Turk (1991), Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018); Rincón et al. (2018); y Rodríguez et al. (2008).

la que todos deben emplear, por el contrario, solo la define como una herramienta útil para validar otros métodos con base en las características de cada contexto.

Pagès-Puigdemont y Valverde-Merino (2018) consideran a las escalas de autorreporte como los métodos ideales, debido a la frecuencia con la que se utilizan en la práctica e investigación clínica (Horne & Weinman, 1999; Stirratt et al., 2015), además que implican un bajo costo, eficacia y rápida aplicación (Lam & Fresco, 2015; Stirratt et al., 2015); sin mencionar que se pueden evaluar los comportamientos de adhesión a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (tabla 1).

En esta misma línea, es necesario mencionar que la precisión de las escalas de medición, como método de evaluación de adhesión al tratamiento, depende del conocimiento y pericia del clínico para construirlas o seleccionarlas, por lo menos, con base en criterios clinimétricos y psicométricos. Entonces, la deficiencia de estas habilidades y competencias clínicas implicaría problemas de instrumentación que, a su vez, amenazan la validez interna de las intervenciones psicológicas para mejorar la adhesión, como ya lo han explicado Kerlinger y Lee (2002). Además, el empleo de múltiples métodos es necesario si se pretende obtener confiabilidad y validez en la evaluación de la adhesión al tratamiento, como se explicará más adelante.

Entonces, la elección de los métodos de evaluación depende de la función de estos, los

recursos disponibles en el contexto, las características de las personas a evaluar, los objetivos de la evaluación (clínicos o de investigación) y la definición de adhesión empleada. Por lo tanto, los métodos más adecuados que se elijan será los de mejor calidad, que implique menores costos y mayor facilidad de empleo e interpretación (Lam & Fresco, 2015).

El problema metodológico de la adhesión al tratamiento

Al no haber una definición conceptual, no hay una definición operacional precisa que dé sustento a la validez interna de la investigación e intervención psicológica. Aunado a esto, si los instrumentos que se emplean carecen de confiabilidad y validez, no se podrá garantizar la autenticidad del efecto de la variable independiente (técnicas/terapia) sobre la variable dependiente (conductas de adhesión). Esto es apoyado por Campbell y Stanley (1982) y Kerlinger y Lee (2002), quienes identifican a la inestabilidad de los instrumentos como una amenaza a la validez interna de las intervenciones psicológicas; por ello, la importancia del conocimiento y pericia del clínico para construir o seleccionar instrumentos de medición con respaldo científico.

Para ejemplificar lo que se ha comentado, en la tabla 2 se describen cuatro intervenciones psicológicas diseñadas para favorecer los comportamientos de adhesión en pacientes con diferentes enfermedades crónicas. Se seleccionaron ejemplos sin criterios

Tabla 2
Intervenciones psicológicas para favorecer conductas de adhesión al tratamiento en pacientes con diferentes enfermedades crónicas

Estudio	Población	Objetivo	Conducta de adhesión
Holguín et al. (2006)	Hipertensión arterial sistémica	Evaluar la efectividad de un Programa de Intervención Biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar adhesión al tratamiento	Alimentación, actividad física y medicación
Definición	Evaluación	MC	Comentarios
Colaboración y participación proactiva y voluntaria con su tratamiento, para obtener mejores condiciones de salud y de vida, más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del especialista	Cuestionario de Adherencia al Tratamiento-HTA (Holguín et al., 2006). Registro de presión arterial	Sí	- Se tomó la primera definición en el artículo, describen definiciones de diversos autores y no se basan en una en particular. - El instrumento incluye factores asociados con la adhesión (conocimientos, relación médica, creencias y apoyo social); en estricto sentido, esto no es adhesión - La medición de la adhesión es con escalas de frecuencia conductual. En la definición no se hace explícito esto, solo se describe la participación proactiva y voluntaria. - La subescala de control biomédico evalúa frecuencia del uso del tratamiento, no del control de la HTA - Se registró la presión arterial, solo pre y post
Estudio	Población	Objetivo	Conducta de adhesión
Caballero et al. (2009)	Asma	Evaluar la efectividad de una Intervención cognitivo conductual sobre la adhesión y ansiedad	Uso de medicamentos y evitación de riesgos
Definición	Evaluación	MC	Comentarios
Conductas que realiza el paciente durante el curso de la enfermedad para alcanzar los objetivos médicos de su tratamiento	Autorregistro diario de uso de medicamento, evitación de desencadenantes, síntomas de asma y uso de medicamento de rescate	Sí	- La definición de adhesión es de tipo conductual - La medición de la adhesión se realizó con registro conductual diario (uso de medicamento y evitación) - Hay correspondencia entre la definición y el método de evaluación - Dado el tipo de registro, utilizaron medidas complementarias como el uso de medicamento de rescate y la experiencia de síntomas - Los datos no se presentaron con base en el objetivo

Estudio	Población	Objetivo	Conducta de adhesión
Chávez (2018)	Enfermedad renal crónica	Implementar un Programa de intervención psicológica para el desarrollo de habilidades lingüísticas e instrumentales	Alimentación y consumo de líquido
Definición	Evaluación	MC	Comentarios
No fue desarrollada	Niveles de electrolitos (sodio, fósforo, calcio y potasio)	No	- El autor no ofrece una definición de adhesión - La definición se derivó de elementos encontrados en su revisión y del contenido de su intervención (conocimientos y habilidades conductuales) - La definición derivada y el entrenamiento versan sobre la realización y supresión de conductas - La evaluación de adhesión se realiza por medio de indicadores biológicos (no conductuales) aunque presumiblemente son el resultado - Los datos de peso se pudieron mostrar de sesión a sesión, lo que reflejaría de mejor manera la ejecución de conductas - Dado que no hay definición, no hay correspondencia - Es relevante el empleo de otros métodos de evaluación
Desarrollo de nuevas conductas y modificación de comportamientos habituales	Niveles de peso interdiálisis		
Estudio	Población	Objetivo	Conducta de adhesión
Vergara et al. (2019)	Diabetes tipo II	Promover la adherencia terapéutica y la regulación de la actividad autonómica cardiovascular por medio de una Intervención cognitivo conductual	Ingesta de medicamentos, alimentos y seguimiento médico
Definición	Evaluación	MC	Comentarios
No fue desarrollada	Escala de Adherencia	No	- Los autores no ofrecen una definición de adhesión - La definición se derivó de lo que describieron como tratamiento para la diabetes - La adhesión era su variable de salida principal y se centraron en la actividad autonómica - La definición bajo la que se construyó la escala versa sobre comportamientos para cumplir prescripciones y conseguir el control de la enfermedad - La mitad de los ítems de la escala evalúan factores vinculados con la adhesión, no conductas de adhesión - No hay correspondencia entre las definiciones de adhesión, el método de evaluación, el objetivo y los resultados del estudio
Modificar los comportamientos del paciente relacionados con su alimentación, actividad física, ingesta de medicamentos, monitoreo de su condición y demás	Terapéutica - EAT (Soria, Vega, & Nava, 2009)		

Nota: MC = Métodos complementarios de evaluación de adhesión.

sistemáticos, solo tomando en cuenta diferentes patologías y métodos de evaluación de la adhesión. Los estudios que se muestran son aplicaciones en adultos con hipertensión (Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006), asma (Caballero, Fernández, Salas, Chapela, & Sánchez-Sosa, 2009), enfermedad renal crónica en hemodiálisis (Chávez, 2018) y diabetes (Vergara, Chavarría, Rodríguez, Domínguez, & Zamudio, 2019), de los últimos 20 años.

De manera general, se puede concluir que solo el estudio de Caballero et al. (2009) muestra correspondencia entre la definición de adhesión –como la realización de conductas para llegar a un resultado clínico, en este caso, frecuencia en el uso del tratamiento para conseguir el control del asma– y el tipo de método de evaluación empleado –registro de frecuencia de uso del tratamiento–. Además, se emplearon registros de síntomas y uso del medicamento de rescate que, en este caso, podrían fungir como métodos complementarios de evaluación o de correspondencia ya que, en la medida en que se hace consistente el uso del tratamiento de control, los síntomas disminuyen, así como la necesidad de usar el tratamiento de rescate (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [INER], 2017).

Es necesario mencionar que el uso de registros conductuales forma parte de los métodos indirectos (Lam & Fresco, 2015; López et al., 2016; Rincón et al., 2018) y, por ende, tiene ventajas y limitaciones similares. De ahí

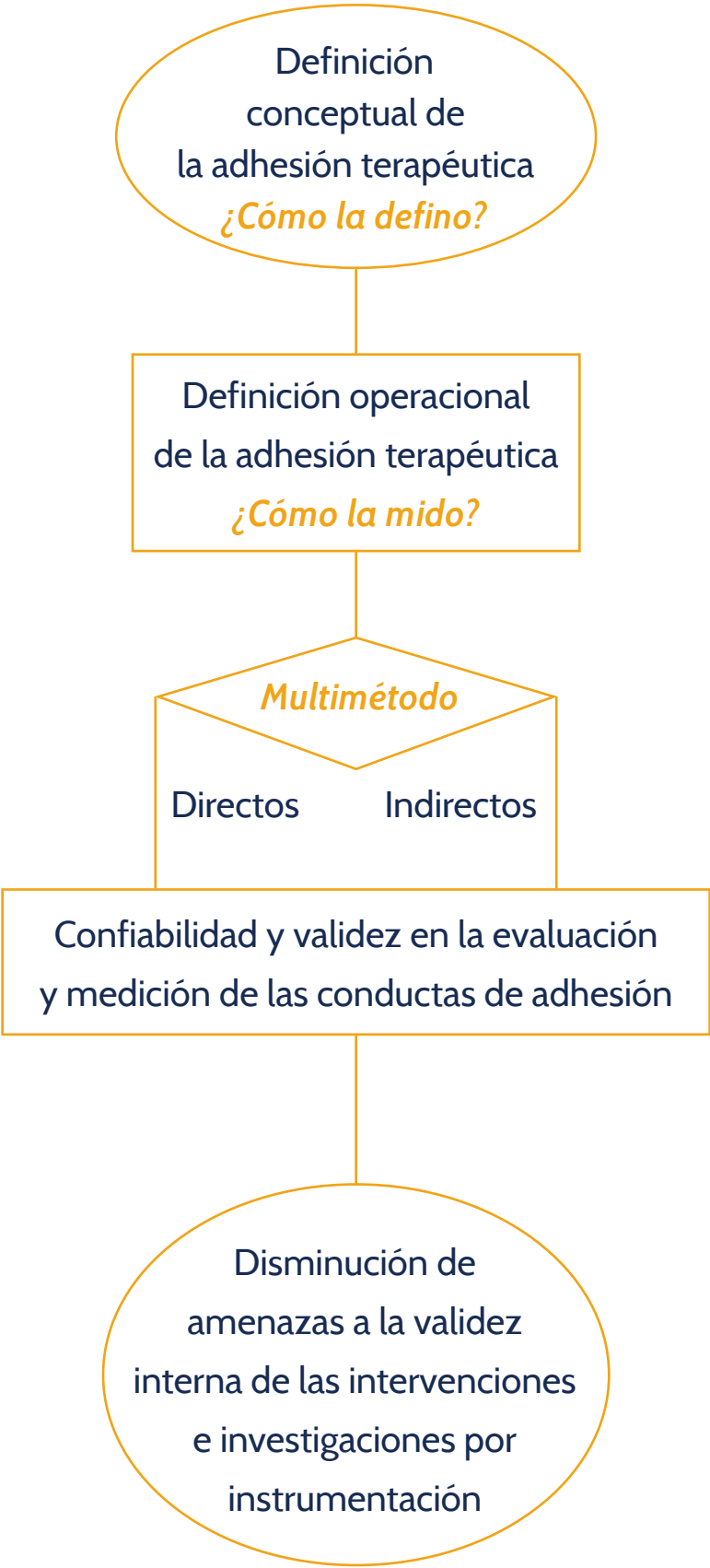
que algunos autores (Dew et al., 2009; Lam & Fresco, 2015) no recomienden del todo el empleo de métodos de evaluación con las mismas características. En este caso, se pudiera haber optado por métodos de evaluación de la función pulmonar como la espirometría, el registro de flujometrías o el juicio clínico acompañado de los datos previos (INER, 2017).

A pesar de que no se describieron algunos elementos de la metodología de los estudios analizados, en tres de ellos, la intervención se realizó de manera individual (Caballero et al., 2009; Chávez, 2018; Vergara et al., 2019), pero sus datos fueron reportados en términos grupales y en términos pre-post, lo que limita información importante del proceso y progreso que tuvo cada participante en lo relativo a las conductas de adhesión.

Es necesario que esto se tome en cuenta, ya que corresponde con las recomendaciones de Fernández-Ballesteros (2013), con el trabajo del especialista en medicina conductual (MC) en el contexto hospitalario, dadas las intervenciones individuales que realiza y centradas en aspectos de evaluación e intervención conductual y su preferencia por el empleo de diseños de investigación intrasujeto o $N = 1$ (Kwasnicka et al., 2019).

Dado este contexto, será necesario que al trabajar con pacientes con enfermedades crónicas y problemas de adhesión al tratamiento se deban de considerar los aspectos que se muestran en la figura 1.

Figura 1
Correspondencia entre la definición conceptual y operacional de la adhesión al tratamiento con base en los elementos de la evaluación conductual



Si la adhesión al tratamiento es concebida como conducta, deberán considerarse las características de la evaluación conductual planteada por Fernández-Ballesteros (1994):

1. Las conductas de adhesión han de explicarse:
 - Por condiciones ambientales y sociales (*multicausalidad*).
 - A través de la historia de aprendizaje, condiciones ambientales y biológicas (*énfasis en la determinación ambiental*).
2. La evaluación de las conductas de adhesión deberá:
 - Ser continua, es decir, antes, durante y después del tratamiento (y además dar seguimiento longitudinal) (*énfasis en la medida del cambio*).
 - Ajustarse a las características y necesidades de cada individuo (*evaluación ideográfica*).
3. Los problemas psicológicos pueden dividirse en tres tipos de respuestas (*triple sistema de respuesta*): motoras, fisiológicas y cognitivas, por lo tanto, bajo esta premisa, se pueden emplear múltiples métodos (*multimetodismo*) para evaluar la adhesión al tratamiento.

Nota: Elaboración propia con base en Fernández-Ballesteros (1994) y Kerlinger y Lee (2002).

En suma, en las diferentes concepciones de adherencia expuestas, se pudo identificar que todas aluden a conductas, por lo tanto, la adhesión al tratamiento es un fenómeno conductual que debiera evaluarse desde un marco teórico congruente a él, es decir, desde el modelo conductual. Como tal, su evaluación debiera tener las características planteadas por Fernández-Ballesteros (1994), que se sintetizan en los puntos 1, 2 y 3 de la figura 1.

Por otro lado, para Fernández-Ballesteros (2013), la *evaluación psicológica* es un proceso sistemático de recolección de información sobre el usuario y su motivo de consulta a través de diferentes métodos de evaluación con el propósito de tomar decisiones en un contexto particular. Lo anterior corresponde con la definición conceptual de adhesión al tratamiento propuesta, en el sentido en que las conductas de adhesión pueden (y deben) medirse y evaluarse de manera multimetódica y continua.

Por lo tanto, se piensa que el multimetodismo es la estrategia de evaluación más recomendable para otorgar confiabilidad y validez³

3 **Confiabilidad:** es un atributo de consistencia en una medición (Gregory, 2012). Puede entenderse como la exactitud o precisión de una medición, o el grado en el cual las puntuaciones en una prueba están libres de errores de medición (Kerlinger & Lee, 2002). Es la exactitud, la precisión con que un instrumento mide un objeto; en términos estrictos, la confiabilidad sería la ausencia de errores de medición (Aragón-Borja, 2015). Es el grado en que la aplicación repeti-

a la evaluación de las conductas de adhesión al tratamiento. Entonces, en la figura 1 se expresa la congruencia conceptual y operacional que debe haber para evitar problemas metodológicos que se traducen en amenazas a la validez interna y que constituyen errores de tipo I o II de las intervenciones o investigaciones psicológicas.

Consideraciones finales

Es importante mencionar que, en el presente capítulo, no se profundizó en los factores o variables que influyen en la adhesión al tratamiento, debido a que ya se ha descrito ampliamente sobre el tema (Meichenbaum & Turk, 1991; Días-Porto, 2014).

da de un instrumento al mismo individuo, en las mismas condiciones, produce resultados iguales o consistentes (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014). Se puede sostener que una evaluación es confiable cuando, al emplearse diferentes métodos de evaluación, se obtiene información similar.

Validez: Propiedad de un instrumento que mide lo que afirma medir (Kerlinger & Lee, 2002). En un sentido general, un instrumento de medición es válido si hace aquello para lo que fue concebido (Aragón-Borja, 2015). Se puede considerar que una evaluación es válida cuando los objetivos de esta se relacionan con la información recolectada a través de diversos métodos. Es decir, la información obtenida corresponde a lo que realmente se desea evaluar y no a otras cosas. Por lo tanto, los conceptos de confiabilidad y validez no se deberían circunscribir a las propiedades psicométricas de un instrumento de medición.

Desde hace décadas se ha documentado, de manera reiterada, que las variables sociodemográficas, las variables en el personal de salud, las variables propias de la enfermedad y el tratamiento y las relacionadas con el paciente influyen en las conductas de adhesión. Estas dependen, además, de otras variables que aluden a las características, calidad, estructura, accesibilidad y recursos del sistema de salud, sin embargo, el psicólogo de la salud no está capacitado para manipularlas, pues no forman parte de su objeto de estudio; no obstante, debe considerarlas al momento de evaluar las conductas de adhesión e incorporarlas en el abordaje que determine.

Entonces, ¿por qué a las variables de la enfermedad y el tratamiento se les debe prestar especial atención en la evaluación de la adhesión? Porque estas se relacionan a la condición biológica del paciente y pueden hacer menos probable la ejecución de un determinado comportamiento de salud (e. g., la ceguera, ocasionada por retinopatía hipertensiva y el desconocimiento del tratamiento impiden al enfermo discriminar entre las estatinas y los antihipertensivos, lo que ocasiona errores al ingerir los fármacos). Además, las variables del tratamiento hacen más o menos probables las conductas de adhesión, ya sea que actúen como reforzadores (e. g., tomar estatinas y ácido acetilsalicílico y hacer ejercicio cardiovascular para evitar un infarto) o como estímulos aversivos (e. g., efectos secundarios de algunos antihipertensivos: edemas en extremidades

inferiores, cefaleas, mareos, hipotensión, bradicardia, etc.).

No obstante, para que el psicólogo de la salud tenga una mejor comprensión sobre la naturaleza, evaluación y medición de estas variables deberá conocer procesos sintomáticos clínicos y fisiopatológicos. Por lo tanto, será necesario agregar a su formación algunos conocimientos básicos de medicina, como lo ha sugerido Oblitas (2004).

Por su parte, de acuerdo con Vallejo (1998), la Asociación Americana de Psicología (APA) planteó 10 objetivos prioritarios de la psicología de la salud entre los que están: comprender y evaluar la interacción entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales; entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad; comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas; e identificar los factores que afectan la adhesión a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la interacción médico-paciente se refiere.

En ese sentido, desde sus inicios, tanto la medicina conductual como la psicología de la salud han propuesto modelos psicológicos a partir de datos empíricos observados en el contexto clínico y de salud (DiMatteo et al., 2012; Hilton & Johnston, 2017; Kaptein &

Weinman, 2004) que permiten, por un lado, explicar y predecir cuáles son las variables psicosociales que determinan que un individuo sea adherente y, por otro, describir el proceso de cambio conductual, por el cual se tendría que favorecer una mejoría en la adhesión y en los resultados en la enfermedad (Glanz & Kessler, 2012; Leventhal et al., 2008).

Algunos autores (Alfonso & Grau-Abalo, 2004; Días-Porto, 2014; Holguín et al., 2006; Meichenbaum & Turk, 1991; OMS, 2003; Quiros & Villalobos, 2007) han realizado una contribución mediante la identificación de algunos factores que, supuestamente, se asocian con la adhesión terapéutica, sin especificar qué tanto se relacionan o cómo dichos factores influyen en esta; entonces ¿cómo explicarla? Es prioridad hacer investigación centrada en modelos que expliquen cómo y qué tanto los factores o variables ya conocidas influyen en las conductas de adhesión. Sin embargo, para esto se debe contar con una definición conceptual de la variable dependiente de interés (adhesión al tratamiento) respaldada teóricamente y demostrar sus propiedades isomórficas, a través de un sistema de evaluación y medición concreto.

Referencias

- Aldrete-Velasco, J.A., Chiquete, E., Rodríguez-García, J.A., Rincón-Pedrero, R., Correa-Rotter, R., García-Peña, R., Pedraza-Chávez, J. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Medicina Interna de México*, 34(4), 536-550. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i4.1877>
- Alfonso, L., & Grau-Abalo, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>
- Aragón-Borja (2015). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. En Aragón-Borja (Dir.), *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (pp. 44-72). México: Manual Moderno.
- Arnett, D.K., Blumenthal, R.S., Albert, M.A., Buroker, A.B., Goldberger, Z.D., Hahn, E.J., ... Ziaean, B. (2019). ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 149(1), 596-646. <https://doi.org/10.1161/CIR.00000000000000678>
- Ärnlöv, J., Ingelsson, E., Sundström, J., & Lind, L. (2010). Impact of body mass index and the metabolic syndrome on the risk of cardiovascular disease and death in middle-aged men. *Circulation*, 121(2), 230-236. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.887521>
- Barbui, C., & Cipriani, A. (2011). What are evidence-based treatment recommendations? *Epidemiology and*

- Psychiatry Science*, 20(1), 29-31. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000084>
- Barley, E., & Lawson, V. (2016). Health psychology: supporting the self-management of long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 25(20), 1102-1107. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.20.1102>
- Berlant, N.E., & Pruitt, S.D. (2003). Adherence to Medical Recommendations. En L.M. Cohen, D.E. McChargue, & F.L. Collins (Eds.), *The Health Psychology Handbook* (pp. 208-224). E.U.A.: Sage Publications.
- Bosworth, H. (2010). *Improving Patient Treatment Adherence*. USA: Springer Science & Business Media.
- Bravo-González, M.C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónicodegenerativos. En L. Reynoso, & A. L. Becerra (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 43-64). Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Bray, G., Kim, K., & Wilding, J. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18, 715-723. <https://doi.org/10.1111/obr12551>
- Briesacher, B.A., Andrade, S.E., Fouayzi, H., & Chan, K.A. (2008). Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 28(4), 437-443. <https://doi.org/10.1592/phco.28.4.437>
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R., & 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.
- Campbell, D., & Stanley, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carpenter, R., DiChiacchio, T., & Barker, K. (2019). Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 70-91. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>
- Chávez, V.O. (2018). Efectos de una intervención psicológica sobre la adhesión terapéutica en pacientes con insuficiencia renal en espera de trasplante renal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 199-221. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/arte/view/64024>
- Dekker, J., Stauder, A., & Penedo, F.J. (2017). Proposal for an update of the definition and scope of behavioral medicine. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9610-7>

- Dew, M.A., Dabbs, A.D., Myaskovsky, L., Shyu, S., Shellmer, D.A., DiMartini, A.F., ... Greenhouse, J.B. (2009). Meta-analysis of medical regimen adherence outcomes in pediatric solid organ transplantation. *Transplantation*, 88(5), 736-758. <https://doi.org/10.2147/PPA.S181195>
- Días-Porto. M.L. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84. Recuperado de <https://dire.upr.edu/handle/11721/1061>
- Diefenbach, M.A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristána, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-9. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
- DiMatteo, M.R., & DiNicola, D.D. (1982). *Achieving Patient Compliance*. New York: Pergamon.
- DiMatteo, M.R., Haskard-Zolnierrek, K.B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- Dunbar-Jacob, J., Schlenk, E., & McCall, M. (2012). Patient adherence to treatment regimen. En A. Baum, T.A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 271-292). Londres: Routledge.
- Ebmeier, S., Thayabaran, D., Braithwaite, I., Bénamara, C., Weatherall, M., & Beasley, R. (2017). Trends in international asthma mortality: Analysis of data from the WHO Mortality Database from 46 countries (1993-2012). *The Lancet*, 390, 935-45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31448-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31448-4)
- Engelkes, M., Janssens, H.M., de Jongste, J.C., Sturkenboom, M.C., & Verhamme, K.M. (2015). Medication adherence and the risk of severe asthma exacerbations: a systematic review. *European Respiratory Journal*, 45(2), 396-407. <https://doi.org/10.1183/09031936.00075614>
- Farmer, K.C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21(6), 1074-1090. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(99\)80026-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(99)80026-5)

- Fernández, R.C., & Merino, S.R. (2015). La adhesión a los tratamientos médicos: concepto, medida y factores implicados. En V. Plaza & C. Fernández (Eds.), *Adhesión terapéutica en las enfermedades respiratorias* (pp. 1-12). Barcelona: Viguera Editores. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/299126211_
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). 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. (2013). Conceptos y modelos básicos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica: conceptos métodos y estudio de casos* (pp. 36-46). Madrid: Pirámide.
- Flórez, I.E. (2009). Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 27(2), 25-32. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12965>
- Glanz, K., & Kegler, M.C. (2012). Processes of health behavior change. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 99-112). London: Routledge.
- Granados, G., & Roales-Nieto, J.G. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 393-403. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56070307.pdf>
- Grau-Abalo, J.A. (2016). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rllmc/article/view/58079>
- Gregory, R.J. (2012). Normas y confiabilidad. En R.J. Gregory (Dir.), *Pruebas psicológicas: historia principios y aplicaciones* (pp. 67-87). México: Pearson.
- Haynes, R.B. (1979). Introduction. En R.B. Haynes, D.W. Taylor, & D.L. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp. 1-7). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hilton, C.E., & Johnston, L.H. (2017). Health psychology: It's not what you do, it's the way that you do it. *Health Psychology Open*, 4(2), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2055102917714>
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas*

- Psychologica*, 5(3), 535-547. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/459>
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00057-4)
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2017). Guía Mexicana de Asma. (GUIMA, 2017). *Neumología y Cirugía de Tórax*, 76, S1, 1-137. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2017/nts171a.pdf>
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., & Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.005>
- Kaptein, A.A., & Weinman, J. (2004). *Health Psychology*. Oxford: BPS Blackwell.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kreys, E. (2016). Measurements of medication adherence: in search of a gold standard. *Journal of Clinical Pathways*, 2(8), 43-47. Recuperado de <https://www.journalofclinicalpathways.com/article/measurements-medication-adherence-search-gold-standard>
- Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 540-549. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.6.540>
- Kwasnicka, D., Inauen, J., Nieuwenboom, W., Nurmi, J., Schneider, A., Short, C.E., ... Naughton, F. (2019). Challenges and solutions for N-of-1 design studies in health psychology. *Health Psychology Review*, 13(2), 163-178. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1564627>
- Lam, W.Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015(217047). <https://doi.org/10.1155/2015/217047>
- Larsen, P. (2009). Chronicity. En P.D. Larsen, & I.M. Lubkin (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (pp. 3-24). USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E., & Phillips, A. (2008). Health Psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093643>
- Liu, H., Golin, C. E., Miller, L. G., Hays, R. D., Beck, C. K., Sanandaji, S., ... Wenger, N. S. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*, 134(10), 968-977. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-10-200105150-00011>

- Locher, C., Messerli, M., Gaab, J., & Gerger, H. (2019). Long-Term Effects of Psychological Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Treatment in HIV-Infected Persons: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 33(3), 131-144. <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0164>
- López, R.L.A., Romero, G.S.L., Parra, D.I., & Rojas, S.L.Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.10>
- McCullough, A.R., Ryan, C., Macindoe, C., Yip, N., Bradley, J.M., O'Neill, B., Elborn, J.S., & Hughes, C.M. (2016). Behavior change theory, content and delivery of interventions to enhance adherence in chronic respiratory disease: a systematic review. *Respiratory Medicine*, 116, 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.05.021>
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Miles, C., Arden-Close, E., Thomas, M., Bruton, A., Yardley, L., Hankins, M., & Kirby, S.E. (2017). Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 1-21. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0056-4>
- Modi, A.C., Ingerski, L.M., Rausch, J.R., Glauser, T.A., & Drotar, D. (2012). White coat adherence over the first year of therapy in pediatric epilepsy. *The Journal of Pediatrics*, 161(4), 695-699. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.03.059>
- Murali, K.M., Mullan, J., Roodenrys, S., Hassan, H.C., Lambert, K., & Lonergan, M. (2019). Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PloS One*, 14(1), 1-27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>
- Oblitas, L.A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS/OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5),

- 487-497. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050100>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M.I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica*, 59(3), 163-172. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- Pai, A.L., & McGrady, M. (2014). Systematic review and meta-analysis of psychological interventions to promote treatment adherence in children, adolescents, and young adults with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 918-931. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu038>
- Patton, D.E., Hughes, C.M., Cadogan, C.A., & Ryan, C.A. (2017). Theory-based interventions to improve medication adherence in older adults prescribed polypharmacy: a systematic review. *Drugs & Aging*, 34(2), 97-113 <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0426-6>
- Piña, J.A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a17.pdf>
- Puente-Silva, F.G. (Ed.). (1985). *Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México*. México: Consejo Regional y Latinoamericano de Salud Mental. Recuperado de <http://www.saptel.org.mx/biblioteca/libros/AdherenciaTerapeutica.pdf>
- Quirós, D., & Villalobos, A. (2007). Adherencia al tratamiento en diabetes Mellitas tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*, 6(3), 679-688. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/647/64760317.pdf>
- Quittner, A.L., Espelage, D.L., levers-Landis, C., & Drotar, D. (2000). Measuring adherence to medical treatments in childhood chronic illness: Considering multiple methods and sources of information. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/A:1009545319673>
- Real Academia Española. (2021). *Adhesión*. [Página de internet]. Recuperado de <https://dle.rae.es/adhesi%C3%B3n>
- Reid, J., Ski, C.F., & Thompson, D.R. (2013). Psychological interventions for patients with coronary heart disease and their partners: a systematic review. *PloS One*, 8(9), 734-759. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073459>
- Reynoso-Erazo, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso, & A. L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: teoría y práctica*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Richards, S.H., Anderson, L., Jenkinson, C.E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, ... Taylor, R.S. (2017). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002902.pub4>

- Rincón, R.J.R., Fernández, D.A.J., Casallas, J.C.G., Beltrán, A., Téllez, A., Fernández-Ávila, D.G., & Karam, C.M. (2018). Métodos para la medición de la adherencia a medicamentos modificadores de la enfermedad orales en artritis reumatoide y factores asociados con baja adherencia farmacológica. *Revista Colombiana de Reumatología*, 25(4), 261-270. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2018.07.002>
- Ritz, T., Meuret, A.E., Trueba, A.F., Fritzsche, A., & von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231-250. <https://doi.org/10.1037/a0030187>
- Rodríguez, C.M.A., García, J.E., Amariles, P., Rodríguez, C.A., & Faus, M.J. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413-417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
- Rodríguez, C.M.D.L., & Rentería, R.A. (2016). Factores que impiden la adherencia a un régimen terapéutico en diabéticos: Un análisis descriptivo. *Psicología y Salud*, 26(1). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1898>
- Rodríguez-Marín, J. (2004). Cumplimiento terapéutico del paciente y seguridad clínica. *Monografías Humanitarias*, 8, 101-110. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/502763>
- Rosen, O.Z., Fridman, R., Rosen, B.T., Shane, R., & Pevnick, J.M. (2017). Medication adherence as a predictor of 30-day hospital readmissions. *Patient Preference and Adherence*, 11, 801-810. <https://doi.org/10.2147/PPA.S125672>
- Sackett, D.L., & Haynes, B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Silva, G.E., Galeano, E., & Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 34(4), 268-273. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
- Sokol, M.C., McGuigan, K.A., Verbrugge, R.R., & Epstein, R.S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care*, 43(6), 521-530. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000163641.86870.af>
- Soria, T.R., Vega, V.C.Z., & Nava, Q.C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008&lng=pt&nrm=i&tlng=es
- Stirratt, M.J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H.M., Simoni, J.M., Czajkowski, S., Hilliard,

- M.E., ... Nilsen, W.J. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Translational Behavioral Medicine*, 5(4), 470-482. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0315-2>
- Vargas, M., Herrera, C., & Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 43(1), 37-41. <https://doi.org/10.36104/amc.2018.781>
- Vergara, A.S., Chavarría, S.O., Rodríguez, M.D., Domínguez, T.B., & Zamudio, S.P. (2019). Intervención cognitivo conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 29(2), 207-217. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2587>
- Vilaplana, C., González, F., & Ordoñana, J. R. (2012). Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*, 14(6), 249-255. Recuperado de <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/97>
- Villegas, C.A. (2019). *Adhesión al tratamiento antihipertensivo: un análisis predictivo desde el modelo IMB* (Tesis de doctorado inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Walsh, C.A., Cahir, C., Tecklenborg, S., Byrne, C., Culbertson, M.A., & Bennett, K. E. (2019). The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(11), 2464-2478. <https://doi.org/10.1111/bcp.14075>
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C.L., & Hofman, K.J. (2004). The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2616-2622. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2616>
- Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*.

Capítulo 9

Cuidador primario informal (CPI): necesidades psicosociales y estrategias de atención psicológica

Ana Leticia Becerra Gálvez y Bertha Ramos del Río

El incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y el aumento en los años de vida de la población actual han representado un reto para la sociedad y para las autoridades sanitarias. Muestra de ello son los requerimientos para el cuidado de la salud física y mental de los individuos en esta condición. Este fenómeno ha provocado un aumento en el gasto de recursos a nivel público y familiar, ya que los pacientes requieren de cuidados especiales y una mayor asistencia formal e informal por más tiempo, incluso hasta su fallecimiento.

Actualmente, se entiende que el familiar que cuida, denominado en el contexto clínico como *cuidador primario informal* (CPI), es fundamental y coadyuva en el trabajo multidisciplinario del personal médico. Hasta hace algunos años, el cuidado del enfermo solo se dejaba en manos del personal médico y de enfermería, pero ahora se ha extendido a la familia del enfermo. De hecho, a partir de los

años ochenta, en países anglosajones y europeos se iniciaron las investigaciones para conocer la relevancia de la atención informal en los contextos de salud; con el paso de los años, el aumento del número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otras permitió que se reconociera la labor del CPI, es decir, aquella persona que asume gran parte de la responsabilidad del paciente y que resulta ser el ejecutor de las actividades de cuidado durante el proceso de enfermedad (Ramos & Figueroa, 2009).

Por lo anterior, el objetivo del presente capítulo es describir el papel, las características y las necesidades psicosociales del denominado CPI en el cuidado, en algunos casos incluso custodia, del enfermo crónico, así como las estrategias de intervención eficaces para el manejo de estrés y la sobrecarga en este tipo de población.

Del cuidado y el arte de cuidar

El término *cuidar* se deriva del verbo transitivo que hace referencia a poner atención, asistir, guardar o conservar y también hace alusión a mirar por la propia salud (Real Academia Española [RAE], 2021). Este concepto se ha ido construyendo progresivamente sobre la observación de las prácticas cotidianas. Una de sus definiciones más generalizadas es aquella donde el cuidado se entiende como la provisión diaria de atención social, física y emocional a las personas en condición de dependencia. Según Alba (2015), los cuidados pueden asumir distintas formas y se proveen de diferentes maneras: por trabajo remunerado (no profesional) o no remunerado, sobre la base de un acuerdo o voluntariamente, de forma profesional, o basada en obligaciones morales e impuesta por la presión social.

El término *cuidar* contempla un amplio abanico de trabajos, tareas o praxis, marcados por relaciones interpersonales y determinadas por circunstancias y necesidades de diversa índole, siendo indispensables para la estabilidad tanto física como psicológica de los integrantes de cada grupo social y que va más allá, evidentemente, de la atención hospitalaria y médica (De la Cuesta, 2009; Rivas & Ostiguín, 2011; Sawin & O'Connor, 2019).

De acuerdo con Morse, Bottorff, Neander y Solberg (1991), el cuidado se produce en la relación entre el que cuida y el que es cuidado, visto desde diferentes dimensiones como:

- *Práctica instrumental o intervención terapéutica*: en la que el paciente percibe sus necesidades y demanda el tipo de cuidado que precisa.
- *Característica humana o condición natural del ser humano*: un modo humano de ser y atender las necesidades del otro.
- *Interacción interpersonal*: implica la relación y comunicación entre el cuidador, la persona cuidada y la familia.
- *Imperativo ético y moral*: compromiso personal de mantener la dignidad e integridad de las personas.
- *Afecto*: implicación emocional, empatía, intimidad.

A continuación, analizaremos cada una de estas dimensiones con mayor detalle.

Práctica instrumental o intervención terapéutica

En esta dimensión se destaca la importancia de poseer conocimiento, habilidades, destrezas y actitudes que definen el desempeño de los cuidadores, las cuales son efectivas para promover conductas deseables entre el cuidador, el receptor de cuidado y la familia, como la socialización, la mejora de la comunicación y la toma efectiva de decisiones. Al respecto, Leslie et al. (2020) comentan que para mejorar la capacidad de cuidar será necesario identificar los conocimientos previos relacionados a la condición cambiante de las personas so-

bre las que se ejerce el cuidado, un entrenamiento en la navegación y uso de los sistemas de apoyo existentes y, finalmente, ayudar a los CPI a desarrollar estrategias de afrontamiento, así como, oportunidades de tutoría y socialización con otros.

Característica humana o condición natural del ser humano

Cuidar de alguien más es un acto humano, una condición deontológica que trae consigo la proximidad entre quienes participan en él (cuidador, persona enferma, familia, profesionales y comunidad), es decir, es una acción de convivencia que implica sentimientos de interacción y reciprocidad propios del ser humano (Zea, 2003). El cuidado de los seres queridos se asocia con varios beneficios, incluida la realización personal; sin embargo, la prestación de cuidados también se relaciona con cargas físicas, psicológicas y económicas, motivo por el cual, se deben desarrollar estrategias de apoyo y anticipar la orientación necesaria en momentos de transición en los cuidados y al final de la vida del receptor del cuidado (Swartz & Collins, 2019).

Interacción interpersonal

La relación entre el cuidador y el cuidado es una experiencia humana que ofrece lo necesario para facilitar, o no facilitar, el desarrollo de las capacidades y funciones del otro. En esta relación se observan dos facetas: una externa, de relación social, afectividad y diálogo; y, otra

interna, de reflexión, crecimiento personal y maduración (Bermejo, 1996).

Imperativo ético y moral

La preocupación por los otros es parte esencial de la conducta virtuosa, ya que, para la sociedad, toda persona que cuida de otra es moralmente deseable. Las personas que han tomado la responsabilidad de cuidar a otros deben cumplirla, en tanto que el compromiso asumido es un imperativo moral, pero también supondría una carga autoimpuesta que provoca cambios importantes en la vida personal, sacrificando sus propios objetivos y salud (Brashler, 2006).

Afecto

Esta última dimensión, se refiere a la interacción que puede ocurrir entre el cuidador y la persona cuidada. El cuidador puede establecer una relación de afecto, cariño y situarse en el lugar del otro, experimentando situaciones y condiciones no siempre favorables de la persona que es cuidada, por lo que será necesario darle solución a través de la comunicación y el respeto por el otro (Morse et al., 1991).

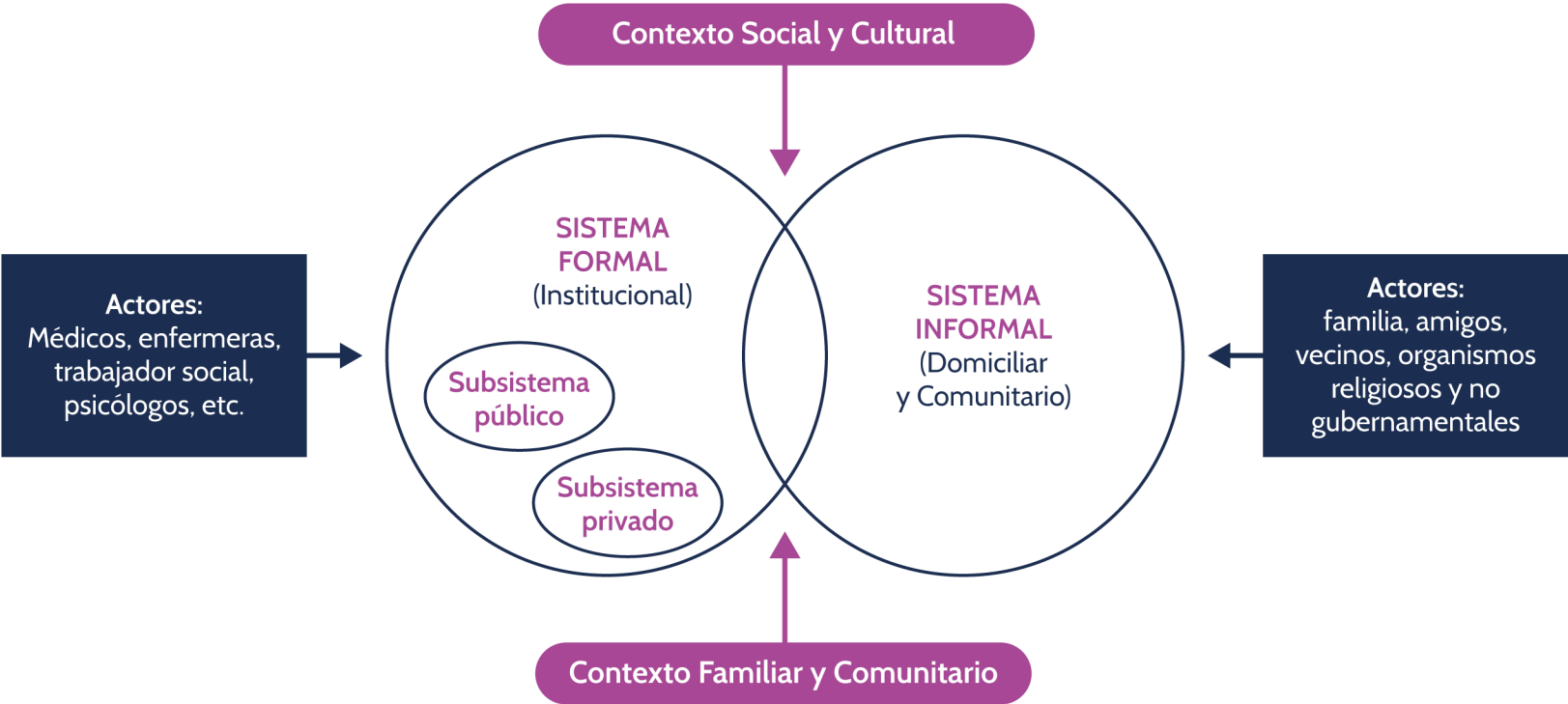
Como puede notarse, el arte de cuidar va más allá de proveer atención a las necesidades físicas y psicológicas, adquiere varias dimensiones en la medida en que se crea el vínculo entre el cuidador y el que es cuidado; además, está anclado a los afectos y los sentimientos de los individuos, por lo tanto, se requiere trabajar desde el área psicológica (Morvillers, 2015).

Elementos esenciales en el cuidado

Muchos cuidadores contribuyen invisiblemente con el sistema de salud formal, brindando cuidados informales, atendiendo desde su hogar a familiares que tienen un daño o enfermedad crónica discapacitante, que les impide desenvolverse diariamente con independencia y autonomía (Jofré & Mendoza, 2005). Una manera particular de representar esto puede verse en la figura 1, en la cual se muestra que ambos sistemas no funcionan de forma independiente, sino que confluyen mutuamente y se ven influidos por el contexto social y cultural, así como el familiar y comunitario.

Partiendo de estos sistemas se identifican dos tipos de cuidado de la salud: el formal y el informal. En relación con este tema, la Family Caregiver Alliance (2019) sugiere que el término *cuidador* hace referencia a cualquier persona que proporciona asistencia a alguien en situación de dependencia; por un lado, el cuidador formal es un proveedor de atención pagado que brinda atención en el hogar o en un entorno de atención; y, por otro, el cuidador informal es una persona no remunerada (e. g., cónyuge, pareja, miembro de la familia, amigo o vecino). Los cuidados formales e informales poseen características particulares y son sustancialmente diferentes (tabla 1).

Figura 1
Interacción de los sistemas de salud formal e informal



Nota: Modificado de *Salud colectiva y representaciones sociales del cuidador primario informal de personas con insuficiencia renal crónica* por Ramos-Del Río, 2011. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.

Tabla 1
Diferencias entre cuidados primarios formales y cuidados primarios informales

Cuidado primario formal	Cuidado primario informal
• Se basa en una formación científica-técnica, sistemática y formalmente aprendida. • Trabajo formal desarrollado por médicos, personal de enfermería, trabajo social, psicología, radiología, fisioterapia, rehabilitación, entre otros. • Cuidado visible y que se reconoce, el cual es ofrecido por instituciones de salud públicas y privadas. • Es básicamente operativo, aplicando técnicas y procedimientos especializados. • Se desarrolla en terrenos institucionales. • Los cuidadores tienen un horario definido para su labor profesional. • Generalmente, los cuidadores no tienen una relación familiar o emocional con el receptor de cuidados. • Los cuidadores tienen responsabilidad civil por sus actos profesionales. • Los cuidadores reciben compensación económica por realizar las tareas de cuidado.	• Se ejerce la gran mayoría de las ocasiones sin capacitación previa. • Trabajo informal que se establece bajo una relación altruista y voluntaria con la persona a quien se cuida. • Cuidado poco reconocido y que, en ocasiones, puede llegar a ser una responsabilidad asignada o impuesta por la propia familia. • Es intuitivo y se ejerce en términos de la experiencia. • Se desarrolla en el ámbito doméstico. • Los cuidadores desarrollan su tarea de forma indefinida (cuidados de larga duración). • Generalmente, los cuidadores tienen una relación emocional o familiar con el receptor del cuidado. • Los cuidadores tienen responsabilidad moral por sus actos como familiares (particularmente esposas, hijas o hermanas). • Los cuidadores no perciben una compensación económica por realizar las tareas de cuidado.

Características del CPI

Actualmente, no se cuenta con datos sobre cuántos cuidadores primarios existen a nivel mundial, sin embargo, se han delineado las características del CPI, quien asume la responsabilidad parcial o total del paciente, ayudándole a realizar casi todas las actividades que no puede llevar a cabo por sí mismo (Rangel et al., 2013). Algunas características importantes del CPI son las siguientes:

- **Sexo.** Diversas investigaciones han constatado que el perfil del CPI, generalmente, corresponde del 77 al 98% de los casos a una mujer (Barrera et al., 2011;

Figueroa, 2011; Iniesta, Martínez, Becerra, & Gómez, 2018; Islas, Ramos, Aguilar, & García, 2006; Zueras, Spijker, & Blanes, 2018). El predominio del sexo femenino en el cuidado se debe en gran medida a la idiosincrasia y tradiciones que transmite la sociedad, en donde el rol de cuidar pareciera ser una situación natural para las mujeres, quienes aparentemente están mejor preparadas para realizar dicha tarea (Chaparro, Barrera, Vargas, & Carrera, 2016; Fernández, 2016). También nos habla de una mayor carga de trabajo, estas

cuidadoras no solo están expuestas a las labores del cuidado del enfermo, sino que a la par, también tienen que resolver otros problemas del hogar, realizar acciones en pro del cuidado del resto de la familia, encargarse de la limpieza, de la elaboración de los alimentos, etc. Evidentemente, la vulnerabilidad del CPI se relaciona con la red de apoyo social con la que disponga, ya que una red de apoyo social fortalecida y la repartición de tareas en igualdad de condiciones relativas al sexo y género favorecerán una mejor adaptación en el proceso de cuidar a un paciente crónico (Sautter et al., 2014).

- **Edad.** Se dice que el rango de edad de estas mujeres cuidadoras oscila entre los 40 y 60 años, pero pudiese ocurrir en mujeres más jóvenes (Chaparro et al., 2016; Iniesta et al., 2018).
- **Parentesco.** Por lo regular, se trata de esposas o hijas del paciente (entre 40 y 95% de los casos), sin embargo, también podría tratarse de nueras, sobrinas y hermanas (Vaquiro & Stiepovich, 2010).
- **Estado civil.** Casada (aproximadamente el 50%), dedicada al trabajo no remunerado dentro del hogar (Chaparro et al., 2016; Iniesta et al., 2018).
- **Domicilio compartido con el paciente.** El CPI vive en el mismo lugar que el receptor del cuidado. El paciente permanece casi todo el tiempo en el hogar y muy poco en espacios institucionales u hospitala-

rios, por ello, el hogar se convierte en el espacio del cuidado por excelencia (Robles, 2007).

- **Remuneración y capacitación relacionada al cuidado.** El CPI no recibe remuneración económica ni capacitación relacionada al cuidado, además, no tiene un horario establecido (Carretero, Garcés, Ródenas, & Sanjosé, 2006; De la Cuesta, 2004).

Aunado a estas características, el CPI ejerce el cuidado en contextos en donde el acceso a los servicios de salud domiciliario es limitado y por largos periodos. A este tipo de cuidados se conocen como *cuidados de larga duración* (CLD), los cuales se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos y de las tradicionales intervenciones sanitarias. Los CLD no tienen el objetivo de curar o sanar una enfermedad o padecimiento (Carretero et al., 2006). Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2020), los CLD no se refieren precisamente a la atención médica, sino más bien a la asistencia con las tareas personales básicas, llamadas *actividades de la vida diaria* (AVD), como colocar un vendaje, ayudar al paciente a usar el baño, movilizarlo de la cama o de la silla, vigilar la incontinencia y cambiar el pañal si es necesario, ayudarlo a comer, solo por mencionar algunas. Otros cuidados que se deben realizar son las denominadas *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVD), entre las que se incluyen: realizar tareas del hogar, gestionar los

tiempos y administrar el dinero, preparar las comidas, comprar alimentos y otros enceres de la casa, cuidar de las mascotas y resolver los problemas emergentes que se tienen en casa.

Como puede observarse, estas acciones no se encaminan a aumentar la sobrevivencia de los beneficiarios del cuidado, sino favorecer la mayor calidad de vida posible y procurar minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental, haciendo del paciente una persona lo más independiente posible. Las prácticas y actividades relacionadas al CDL que realizan los CPI se podrían agrupar en las siguientes categorías (Carretero et al., 2006; García-Calvente, Mateo, & Eguiguren, 2004):

- a. *Cuidados sanitarios*: aquellos que suponen una relación y contacto directo en la atención física de la persona dependiente.
- b. *Cuidado instrumental*: aquellas actividades que facilitan la relación del beneficiario del cuidado con el contexto, las cuales no puede llevar por sí mismo tales como: limpiar, planchar, comprar, el uso de electrodomésticos, realizar pequeñas reparaciones, manejar el dinero y los bienes, controlar la toma de medicamentos, manipular materiales, objetos y utensilios.
- c. *Acompañamiento y vigilancia*: apoyos que proporciona el CPI al acompañar a la persona dependiente para salir del hogar, realizar visitas, acudir a reuniones, llevarlo a las citas médicas y estudios de laboratorio, etc.

- d. *Apoyo emocional y social*: consiste básicamente en manifestar apoyo emocional por medio de comprensión, escucha, afecto, tolerancia, además de fungir como enlace en la relación interpersonal del paciente con las otras personas que le rodean.

Llevar a cabo estas actividades puede resultar altamente demandante, dependiendo de las características y recursos personales con los que cuente el CPI, por ejemplo, sus estrategias de afrontamiento, la percepción de sobrecarga del trabajo, la capacidad para resolver problemas, las afectaciones emocionales previas o recurrentes coexistentes al cuidado y el tamaño y la funcionalidad de las redes de apoyo (López, Serrano, Moreno, & Del-Pino, 2019; Rodríguez, Abreu, Rojas, & Del-Pino, 2017). Es evidente, que el CPI no está exento de experimentar repercusiones en su salud física y mental, ante esta situación, es necesario: (1) identificar las principales problemáticas psicosociales que enfrentan e (2) implementar programas de intervención hacia el cuidado de los que cuidan; temas de los que se hablará en los siguientes apartados.

Principales problemáticas psicosociales en los CPI

A lo largo de este capítulo, se han expuesto varias de las condiciones que viven los CPI y se han identificado diversos problemas que enfrentan por el contexto del cuidado, su perfil y las redes de apoyo disponible.

Autores como Aguirre (2005) y Alarcón (2007) señalan que estas prácticas de cuidado se caracterizan de la siguiente manera:

- No son esporádicas ni temporales, por el contrario, se asumen en el día a día y consumen gran parte del tiempo en la vida del CPI. Este cuidado puede ejercerse por años, sobre todo si el beneficiario del cuidado es un paciente con enfermedad crónico-degenerativa.
- Están marcadas por una dimensión emocional y determinadas la gran mayoría de las veces por la red interpersonal (familia, cuidadores formales, comunidad, entre otras).
- Son unipersonales y percibidas como intransferibles.
- Varían dependiendo de las necesidades propias del CPI y de aquella persona que es cuidada; pueden complejizarse dependiendo de variables como la edad, el contexto o marco social y el estado físico y psicológico.
- Son prácticas marcadas por la heterogeneidad, no son actividades lineales; por ejemplo, el tener una enfermedad, la cual determinará el tiempo, tipo de atención, el espacio donde se desarrollará y el ritmo para efectuarlas.
- No son trabajos carentes de dificultad, por el contrario, su realización y procesamiento requieren organización y planificación. En ese sentido, el aprendizaje está basado en el ensayo y error, no en la educación continua.

- Son prácticas no remuneradas, por tanto, están sujetas a los sistemas económicos del país y también del círculo familiar.
- Son punto de unión entre el mundo privado y el público, es decir, el CPI permanece oculto y es frecuentemente ignorado por la sociedad y la familia.

Dadas estas características y bajo las condiciones en las que se da el cuidado de un paciente con enfermedad crónica o discapacidad, los problemas psicosociales más frecuentemente reportados por los CPI son aquellas que se muestran en la tabla 2.

La identificación temprana y oportuna de las respuestas asociadas al estrés y a la sobrecarga en el CPI se vuelve fundamental; autores como Sautter et al. (2014) sugieren que, de no hacerlo, los cuidadores pueden experimentar sufrimiento innecesario y, por lo tanto, padecer efectos negativos que afectan el cuidado.

Estrés y sobrecarga en el CPI: intervenciones con enfoque cognitivo-conductual

Cuidar de un enfermo crónico en casa es una tarea difícil por las situaciones estresantes y potencialmente agobiantes, no solo para el CPI sino también para el paciente (Creasy, Lutz, Young, Ford, & Martz, 2013; Sautter et al., 2014). Vivir en estas circunstancias, provoca con frecuencia estrés y sobrecarga en el CPI; el estrés, tiene lugar cuando la persona valora sus recursos como escasos e insuficientes

Tabla 2
 Principales problemas psicosociales en el Cuidador Primario Informal

← Tiempo →			
	Antes de ejercer el cuidado	Durante el cuidado (Realizando funciones de CPI)	Después de ejercer el cuidado
Problemas psicosociales más frecuentes	• Antecedentes de problemas económicos • Antecedentes psicológicos (ansiedad, depresión, estrés u otros trastornos) • Redes de apoyo deficientes y pobres en su funcionalidad • Problemas en la dinámica familiar • Experiencias de cuidado previo (otro familiar o pacientes con enfermedades crónicas y/o discapacidades desde el nacimiento) • Sin experiencia previa en el cuidado (desconocimiento o déficit en la información relacionada a la tarea de cuidar)	• Problemas relativos al grupo primario de apoyo • Problemas de comunicación con el beneficiario del cuidado y el grupo primario de apoyo • Problemas en la gestión de las tareas de cuidado • Problemas de vivienda y dificultades para acondicionar y/o determinar el espacio de cuidado • Problemas laborales (desempleo, amenaza de pérdida de empleo por ausentismo y condiciones laborales difíciles) • Problemas relativos a la enseñanza (sin previa capacitación y poca consejería especializada en el cuidado) • Problemas de salud y el autocuidado (el CPI por lo regular ya tiene algún padecimiento crónico y/o tiene deficiencias en el autocuidado de su salud) • Problemas emocionales (estrés, sobrecarga, desesperanza, depresión y ansiedad)	• Problemas de comunicación en el grupo primario de apoyo (constantes reclamos al CPI, dificultades para establecer acuerdos y para la toma de decisiones) • Problemas de vivienda (despojo y desalojos) • Problemas laborales (desempleo) • Redes de apoyo deficientes y pobres en su funcionalidad • Problemas relativos a la interacción con el sistema legal y testamentaria (problemas y riñas por propiedades del paciente y testamentos una vez que fallece) • Problemas de salud y el autocuidado (complicaciones derivadas de un mal estilo de vida) • Problemas emocionales (sentimientos de culpa, depresión y ansiedad por el futuro)

para hacer frente a las demandas del entorno, mientras que la sobrecarga es entendida como la valoración que hace el CPI de las situaciones percibidas como estresantes que se asocian con el cuidar, el grado de implicación en los cuidados y las consecuencias que se derivan de cuidar (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014).

Dada la prevalencia de estos fenómenos, se ha intentado identificar la mejor evidencia para su tratamiento, por ejemplo, Ballesteros et al. (2009) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de encontrar los mejores programas disponibles para el CPI; grupal versus individual. Conservaron 11 estudios al final de la revisión, concluyendo que las

intervenciones cognitivo-conductuales son las más efectivas y que la educación por sí sola es ineficaz en ambas modalidades.

Corry, While, Neenan y Smith (2015) realizaron una revisión sistemática de revisiones sistemáticas de intervenciones para apoyar a los CPI de pacientes con enfermedades crónicas. Los resultados mostraron que las ocho revisiones sistemáticas seleccionadas, apostaban por las intervenciones o programas de educación y apoyo multicomponente para los CPI. En esa misma línea, Gilhooly et al. (2016) realizaron una revisión para identificar las mejores intervenciones para la reducción de estrés en los CPI de pacientes con demencia. Al término del estudio, concluyeron que ser cuidador de personas con demencia está asociado con estrés psicológico y mala salud física, además comentan que los grupos de apoyo, las intervenciones de componentes múltiples y los compromisos conjuntos de los CPI y las personas con demencia eran beneficiosos.

Otro estudio fue el realizado por Aksoydan et al. (2019), quienes realizaron una revisión sistemática que tuvo por objetivo recopilar los mejores procedimientos dirigidos a la atención de los CPI de adultos mayores, al final, incluyeron un total de 24 estudios (12 ensayos aleatorizados, ocho estudios de intervención y cuatro revisiones sistemáticas), concluyendo que las intervenciones de apoyo como la información, estrategias de relajación y solución de problemas pueden ser efectivas para reducir el estrés.

Así como estas investigaciones, pueden enumerarse muchas más, las cuales se han extendido desde el año 2000 a la fecha en diferentes padecimientos (cáncer, demencia, delirio), en beneficiarios del cuidado con diferentes características (personas adultas mayores, niños, dependientes totales) y en diferentes modalidades de intervención, por ejemplo, grupal, individual, *online* o presencial (Boots, Vugt, van Knippenberg, Kempen, & Verhey, 2014; Frias et al., 2020). La evidencia es consistente, la instrumentación de intervenciones multicomponente suele ser eficaz en el apoyo de la CPI. Revisemos brevemente cada una de estas estrategias de intervención:

- **Psicoeducación.** Este tipo de intervenciones informativas tienen como objetivo propiciar un cambio en el comportamiento a través de datos de los cuales no dispone el CPI, específicamente, cuando se relaciona al cuidado de sí mismo (Islas et al., 2006). Para Corry et al. (2015), las intervenciones psicoeducativas son consideradas como uno de los procedimientos más efectivos para reducir el malestar asociado al estrés en el CPI, sin embargo, su éxito es limitado debido a que la información por sí misma puede no ser suficiente, por lo que, valdrá la pena integrar otras técnicas o procedimientos (Ballesteros et al., 2009).
- **Estrategias para la comunicación asertiva y efectiva.** Autores como Riffin, Van Ness, Iannone y Fried (2018) comentan que la

mayoría de los conflictos entre CPI, paciente y familia se deben a las siguientes razones: constantes desacuerdos sobre el nivel y calidad de la participación del CPI, desacuerdos o mal entendidos en relación con la competencia del CPI para organizar y gestionar las tareas relacionadas a las enfermedades del paciente, desacuerdos en la toma de decisiones y manejo de las complicaciones de salud. Ante dichas problemáticas se requiere de capacitación sobre los mecanismos de comunicación asertiva y efectiva, específicamente, expresión de deseos y opiniones, solicitud de apoyo, establecimiento de acuerdos y expresión de malestar (American Heart Association, 2017).

- **Estrategias centradas en modificaciones del contexto.** Consisten básicamente en transformar algunos espacios del hogar en lugares idóneos que faciliten ciertas conductas y favorezcan la autonomía del paciente. La idea de acondicionar estos espacios es crear condiciones físicas y simbólicas que satisfagan las necesidades de la propia persona enferma y, en consecuencia, reducir la dependencia al CPI (Robles, 2007).
- **Programación de actividades y gestión del tiempo.** Se orientan a organizar los tiempos del hogar y gestionar el cuidado en cuanto a qué hacer, quién, cómo y cuándo (Robles, 2007). La programación de actividades resulta de gran utilidad cuan-

do se tienen déficits en ciertas actividades (recreación, descanso y autocuidado), exceso en tareas (cargas de trabajo desproporcionadas) y desorganización de actividades (no se establece un orden prioritario de las actividades y un horario para llevarlas a cabo), además, llevar un horario de actividades programado permite priorizar las demandas, delegar responsabilidades y cultivar rutinas saludables (Agazzi, Shaffer-Hudkins, Armstrong, & Hayford, 2020).

- **Entrenamiento en relajación.** Estos procedimientos contribuyen a generar control de la ansiedad y la excitación emocional asociada con los problemas comunes en el CPI. La ansiedad y estrés que experimentan los CPI están fuertemente relacionadas con estrategias de afrontamiento desadaptativo, comportamientos obsesivos-compulsivos relacionados al cuidado y con fantasear sobre el futuro o anticiparse a los problemas (Fisher & Laschinger, 2001).
- **Estrategias centradas en el afrontamiento y solución de problemas.** Este tipo de estrategias se concentran en favorecer conductas adaptativas en pro de la resolución de los problemas de la vida cotidiana y de aquellos sucesos que son apabullantes, novedosos y repentinos. A este respecto, la terapia en solución de problemas ayuda a los CPI a tener una perspectiva

positiva de las situaciones problemáticas y los ayuda a evitar la toma de decisiones precipitadas o descuidadas (Agazzi et al., 2020; Dionne-Odom, Lyons, Akyar, & Bakitas, 2016). El uso de estos procedimientos en su conjunto, ayudan al CPI a generar un panorama más claro y centrado en las soluciones de problemas, sin embargo, conlleva no solo el trabajo del equipo de salud o del psicólogo, sino del resto de la familia y de la comunidad.

Conclusiones

En la sociedad actual y dada la transición epidemiológica y demográfica, el aumento de personas con padecimientos crónicos y edades avanzadas ha provocado un incremento de las personas que dependen de otros para su cuidado. Las personas que ejercen el cuidado en un sistema informal (CPI) desempeñan un papel importante en el sistema de salud, pues favorecen la continuidad de la atención del paciente, dentro como fuera de las instituciones médicas.

El CPI asume el cuidado del otro, aún sin saber cómo llevará a cabo dicha tarea y, además, no recibe capacitación clara y oportuna de cómo hacerlo, motivo por el cual se incrementa la probabilidad de requerir más apoyo por parte del personal de salud y desconocen las formas en las que se tiene que proceder ante alguna eventualidad, provocando angustia, impotencia y miedo.

La labor de cuidar a otro supone un gran esfuerzo y cambios en la vida personal del CPI, provocando en la mayoría de las ocasiones estrés y sobrecarga, por lo que es responsabilidad de los sistemas gubernamentales y de salud, gestionar y diseñar los mejores programas para apoyar a esta población que seguirá creciendo. Se espera que el personal de salud especializado en la conducta genere protocolos de intervención basados en evidencia y centrados en el cambio conductual, relacionado al cuidado de otro y en el autocuidado, así como en reducir las respuestas emocionales disfuncionales asociadas.

Estos protocolos de intervención psicológica y de apoyo al CPI y su familia deben considerar variables propias del contexto social en el que se da el cuidado; como ya se ha expresado a lo largo del capítulo, el CPI experimenta problemáticas psicosociales relacionadas con la interacción con otros, incluidos el receptor del cuidado y el resto de la familia, además de tener redes de apoyo deficientes en tamaño y funcionalidad.

Debemos comprender que en el desarrollo de estas habilidades de afrontamiento, debe incluirse la participación de la comunidad y de la familia; estas medidas están en consonancia con los modelos integrados de los cuidados de larga duración en pacientes con enfermedad crónica.

Referencias

- Adelman, R.D., Tmanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M.S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Journal of the American Medical Association*, 311(10), 1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Agazzi, H., Shaffer-Hudkins, E.J., Armstrong, K.H., & Hayford, H. (2020). Helping Caregivers Manage Stress. En H. Agazzy, E.J. Shaffer-Hudkinns, K. Hague, & H. Hayford, *Promoting Positive Behavioral Outcomes for Infants and Toddlers* (pp. 131-145). Springer.
- Aguirre, R. (2005). *Los cuidados familiares como problema público y objeto de política*. Reunión de expertos, políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. Universidad de la República, Montevideo.
- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazevidiene, A., van Bruchem-Visser, R.L., Vaskelyte, A., Mat-tace-Raso, F., ... Kiziltan, G. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 83, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>
- Alarcón, G.E. (2007). Las prácticas de cuidados en las sociedades prehistóricas: La cultura Argárica. *Arqueología y Territorio*, 4, 233-249.
- Alba, M.R. (2015). El concepto de cuidado a lo largo de la historia. *Cultura de los Cuidados*, 41, 101-105.
- American Heart Association. (2017). *Consejos de comunicación para cuidadores*. Recuperado de <https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/caregiver-support/communication-tips-for-caregivers>
- Ballesteros, A., Otero, C., González, M., Guzmán, A., Sánchez, M., & Duarte, G., (2009). *Educación grupal versus educación individual en cuidadores familiares. Revisión Sistemática*. Recuperado de <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2008.ficheros/1204782->
- Barrera, L., Carrillo, M., Chaparro, L., Pinto, N., Rodríguez, A., & Sánchez, B. (2011). Effect of the Program “Caring for caretakers”: Findings of a multicenter study. *Colombia Médica*, 42(2), 35-44.
- Bermejo, J.C. (1996). *Apuntes de relación de ayuda. Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud*. España: Salterrae.
- Boots, L.M., de Vugt, M.E., van Knippenberg, R.J., Kempen, G.I., & Verhey, F.R. (2014). A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 331-344. <https://doi.org/10.1002/gps.4016>
- Brashler, R. (2006). Ethics, family caregivers, and stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 13(4), 11-17. <https://doi.org/10.1310/tsr1304-11>

- Carretero, G.S., Garcés, F.J., Ródenas, R.F., & Sanjosé, L.V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Chaparro, L., Barrera, L., Vargas, E., & Carrera, S. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Ciencia y cuidado*, 13(1), 72-86.
- Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 718-734. <https://doi.org/10.1111/jan.12523>
- Creasy, K.R., Lutz, B.J., Young, M.E., Ford, A., & Martz, C. (2013). The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 38(2), 88-98. <https://doi.org/10.1002/rnj.69>
- De la Cuesta, V.C. (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: Una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1), 137-146.
- De la Cuesta, V.C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 96-102.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2020). *What is Long-Term Care?* Recuperado de <https://longtermcare.acl.gov/the-basics/what-is-long-term-care.html>
- Dionne-Odom, J.N., Lyons, K.D., Akyar, I., & Bakitas, M.A. (2016). Coaching Family Caregivers to Become Better Problem Solvers When Caring for Persons with Advanced Cancer. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(1-2), 63-81. <https://doi.org/10.1080/15524256.2016.1156607>
- Family Caregiver Alliance. (2019). *Caregiver Statistics: Work and Caregiving*. Recuperado de <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-work-and-caregiving>
- Fernández, M.C. (2016). El origen de la mujer cuidadora: apuntes para el análisis hermenéutico de los primeros testimonios. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 93-97. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100021&lng=es&tlng=es
- Figueroa, Y. (2011). Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Revista Chilena de Salud Pública*, 15(2), 83-89.
- Fisher, P.A., & Laschinger, H.S. (2001). A relaxation training program to increase self-efficacy for anxiety control in Alzheimer family caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 15(2), 47-58. <https://doi.org/10.1097/00004650-200101000-00008>
- Frias, C.E., García-Pascual, M., Montoro, M., Ribas, N., Risco, E., & Zabalegui, A. (2020). Effectiveness of a psychoeducational

- intervention for caregivers of people with Dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 787-802. <https://doi.org/10.1111/jan.14286>
- García-Calvente, M.M., Mateo, R.I., & Eguiguren, P.A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 132-139.
- Gilhooly, K.J., Gilhooly, M.L., Sullivan, M.P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R., & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC geriatrics*, 16, 106. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8>
- Iniesta, B., Martínez, M.R., Becerra, A.L., & Gómez, A. (2018). Estrés en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos: un estudio descriptivo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(2), 69-76.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M., & García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*, 19(4), 266-27.
- Jofré, A.V., & Mendoza, S.S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y Enfermería*, 7(37), 37-49.
- Leslie, M., Gray, R.P., Eales, J., Fast, J., Magnaye, A., & Khayatzaheh-Mahani, A. (2020). The care capacity goals of family carers and the role of technology in achieving them. *BMC geriatrics*, 20(1), 50-52. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1455-x>
- López, C., Serrano, N., Moreno, S., & Del-Pino, R. (2019). Association between Sense of Coherence Associated with Mental Health in Caregivers of Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3800. <https://doi.org/10.3390/ijerph16203800>
- Morse, J.M., Bottorff, J., Neander, W., & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 119-126. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00655.x>
- Morvillers, J. M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant [Care, the caring, the cure and the caregiver]. *Recherche en Soins Infirmiers*, 122, 77-81.
- Ramos, B. (2011). *Salud colectiva y representaciones sociales del cuidador primario informal de personas con insuficiencia renal crónica* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México.
- Ramos, B., & Figueroa, C.G. (2009). Cuidado informal del enfermo crónico. En C. Carpio (Comp.), *Investigación, Formación*

- y *Prácticas Psicológicas* (pp. 91-132). México: UNAM-FESI.
- Rangel, N.E., Ascencio, L., Ornelas, R.E., Allende, S.R., Landa, E., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la solución de problemas sobre los comportamientos de autocuidado de cuidadores de pacientes oncológicos en fase paliativa: un estudio piloto. *Psicooncología*, 10(2-3), 365-376. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43455
- Real Academia Española. (2021). Diccionario de la lengua española. *Cuidar*. Recuperado de <https://dle.rae.es/cuidar>
- Rivas, H.J., & Ostigüín, M.R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(1), 49-54.
- Riffin, C., Van Ness, P.H., Iannone, L., & Fried, T. (2018). Patient and Caregiver Perspectives on Managing Multiple Health Conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(10), 1992-1997. <https://doi.org/10.1111/jgs.15501>
- Robles, L. (2007). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. México: Universidad de Guadalajara.
- Rodríguez, M., Abreu, A., Rojas, M.J., & Del-Pino, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 71-79. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>
- Sautter, J.M., Tulsy, J.A., Johnson, K.S., Olsen, M.K., Burton-Chase, A.M., Hoff-Lindquist, J., Zimmerman, S., & Steihauser, K.E. (2014). Caregiver Experience During Advanced Chronic Illness and Last Year of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 1082-1090. <https://doi.org/10.1111/jgs.12841>
- Sawin, G., & O'Connor, N. (2019). Primary Care Transformation. *Primary care*, 46(4), 549-560. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.006>
- Swartz, K., & Collins, L.G. (2019). Caregiver Care. *American family physician*, 99(11), 699-706.
- Vaquiro, S., & Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Zea, B.L. (2003). Cuidar de otros: Condición humana y esencia de una profesión. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 21(2), 154-158.
- Zueras, P., Spijker, J., & Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(2), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.004>

Capítulo 10

Educación a distancia y asistencia psicológica *online* de cara a la COVID-19: un modelo de trabajo

*Leonardo Reynoso Erazo, Isaías Vicente Lugo González,
Ana Leticia Becerra Gálvez y Yuma Yoaly Pérez Bautista*

El año 2020 es considerado por muchos como el comienzo de una serie de cambios en nuestro estilo de vida y en las formas de relacionarnos, esto debido a una cepa viral denominada SARS CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19. Las actividades económicas y escolares se paralizaron, motivo por el cual, las tareas presenciales de docentes y alumnos se vieron interrumpidas. Bruscamente tuvimos que cambiar de un sistema educativo presencial y de atención en el contexto hospitalario a ofrecer servicios psicológicos a distancia en modalidades sincrónicas y asincrónicas.

Para ello, docentes y alumnos del programa de Residencia en Medicina Conductual (MC) con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), planeamos un modelo de trabajo que nos permitiese ofrecer educación de calidad, además de entrenar a

los alumnos en acciones de entrevista, evaluación conductual e intervención en personas con enfermedad crónica, así como encontrar formas novedosas y a distancia para aquellos pacientes que lo requiriesen y que fuesen susceptibles de beneficiarse de nuestro apoyo como especialistas en la conducta y su relación con la enfermedad.

El objetivo de este capítulo es exponer al lector las estrategias educativas y de atención *online* que se han implementado dado el distanciamiento social derivado de la pandemia por la COVID-19.

Pandemia por COVID-19: génesis del cambio en la educación y la asistencia a pacientes

A principios de diciembre de 2019, se presentó en China un incremento en el número de casos de neumonía, muchos de estos pacientes reportaron exposición a un posible virus, por

haber acudido a un mercado de productos del mar y comprar diversas especies de animales vivos en Wuhan. La enfermedad se extendió rápidamente a nivel local, en otras partes de China y a nivel mundial (Dong et al., 2020; Gandhi, Lynch, & del Río, 2020; Verity et al., 2020). Fue así como a principios de enero de 2020 un nuevo coronavirus fue identificado en muestras de lavado de líquido alveolar y, posteriormente, este virus fue encontrado por el Centro de Control de Enfermedades de China como el agente causal (Dong et al., 2020). Finalmente, el 7 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó al virus como nuevo Coronavirus (2019-nCoV) y, para el 11 de febrero, la denominó enfermedad por coronavirus. Dicha infección produce un síndrome clínico conocido como COVID-19 que en su forma más severa es una enfermedad sistémica caracterizada por hiperinflamación, tormenta de citosinas y elevación de los biomarcadores de lesión cardíaca (Casella, Rajnik, Cuomo, Dulebohn, & Di Napoli, 2020; Dong et al., 2020; Verity et al., 2020). En México, el primer paciente infectado fue reportado el 28 de febrero y a raíz de la rápida transmisión del número de personas infectadas y de la incertidumbre sobre el tratamiento, complicaciones y letalidad, empresas, escuelas y prácticamente toda actividad que involucraba el contacto con otros se canceló, dando origen a la denominada Jornada Nacional de Sana Distancia el 23 de marzo (Epidemic Stats, 2020; Secretaría de Salud [SSa], 2020).

Fue entonces que las clases en varios de los niveles educativos superiores en México se dieron así, a distancia. Con la incorporación de distintos recursos y tecnologías digitales, se han tenido que replantear las acciones y organizar las actividades académicas, de investigación y de servicio a la comunidad que se deben implementar con el fin de alcanzar los objetivos de aprendizaje, trasladándose de un escenario presencial a una modalidad a distancia. La interrupción súbita de las actividades presenciales llevó a una parálisis con sensación de desamparo, similar a una persona en crisis psicológica al no contar con los recursos para enfrentarse a este nuevo reto. Esta crisis hizo resaltar los problemas estructurales del sistema educativo, *¿podemos enfrentar la crisis con las herramientas que disponemos? ¿conocemos la variedad de herramientas existentes? ¿sabemos utilizarlas? ¿qué más tendríamos que hacer? ¿por dónde empezar?*

A casi un año de pandemia, ya no es posible rechazar los sistemas de aprendizaje con herramientas digitales e ignorar la necesidad de acceder a tecnologías dirigidas a la expansión del conocimiento y de los servicios de salud por medio y a través de ellas. La UNAM y muchas de las instituciones educativas tuvieron una meta: salvaguardar la vida de empleados, docentes y estudiantes, dejando claro que no reactivarían actividades presenciales hasta garantizar las condiciones para poder efectuarlas de forma segura para todos y dando paso al uso de las nuevas tecnologías para proveer

de educación a los alumnos (Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia, [CUAIEDD], 2020). El desafío era claro: realizar ajustes a las formas y procedimientos educativos, expandir el conocimiento con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) y crear espacios de práctica aún en la distancia.

En el caso de los centros de salud y hospitales, la situación no fue distinta, pues las sedes donde llevaban a cabo sus prácticas alumnos de pre y posgrado, se abarrotaron de pacientes con COVID-19 por lo que, como medida precautoria, se solicitó a los alumnos quedarse en casa y esperar el regreso, una vez acordados los tiempos y las nuevas formas de trabajo. Aunado a ello, varios hospitales se convirtieron en centros COVID, reduciendo considerablemente el acceso a muchos pacientes.

Al paso de la pandemia y ante el crecimiento exponencial de infectados, se ha dado menor prioridad a los pacientes con enfermedades crónicas o que presentan afecciones diferentes a esta, provocando así, una desesperanza, pero también, un mayor miedo y ansiedad ante lo que pasará con ellos y el tratamiento médico. La misma evolución de la pandemia ha provocado que población en general (no solo los pacientes crónicos) presenten problemas de índole psicológico, que los han llevado a buscar formas de encontrar salida a lo que sienten, a lo que han vivido y a los difíciles problemas psicosociales que en-

frentan por esta crisis. Es justo aquí donde nos encontramos con un segundo reto: crear formas de llegar a las personas y así poder ofrecer apoyo psicológico remoto, de calidad y considerando el reducido acceso a las redes digitales e internet en nuestra población. Por esta razón, debíamos ponernos a trabajar, tanto en la UNAM en general como en la Residencia en particular.

COVID-19 y nuevos ajustes educativos en la UNAM

Dado el crecimiento de la pandemia, el rector de la UNAM, Enrique Graue Wiechers, junto con directores de los niveles de bachillerato, licenciatura y posgrado, revisaron la logística para la suspensión de las actividades académicas y administrativas presenciales. Ante la necesidad de continuar con las clases, se compartió información sobre las herramientas tecnológicas con que cuenta la institución y mediante las cuales se impartirían clases a distancia, durante el tiempo que durase la contingencia sanitaria. Se requería utilizar al límite las capacidades de las herramientas informáticas que tiene la UNAM para continuar la tarea de educación a distancia.

En palabras del rector, quedó claro que ni docentes ni alumnos debíamos detenernos, subrayó: “Nuestra prioridad durante la contingencia, que no quede duda, será ver por la seguridad y la salud de las y los universitarios, particularmente de aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad” (Graue, 2020, párr.5).

La respuesta a esta crisis no puede ser, ni ha sido pasiva, pues en todas las instituciones educativas afiliadas a la UNAM, hemos tenido que dar respuesta de forma efectiva. A pesar de la existencia de programas educativos *online* y a distancia, la Coordinación de Desarrollo Educativo e Innovación Curricular (CODEIC, 2020) invitaba a los docentes y a las autoridades educativas a mantener un pensamiento flexible para transformar las formas de enseñar, probando alternativas creativas de trabajo con los estudiantes y generando espacios de comunicación efectiva pese a la distancia, acciones que suponían un reto para los docentes, pero también para los estudiantes de posgrado que sirven en contextos clínicos y hospitalarios; y, así, fue que comenzamos a crear un plan.

Respuesta de MC ante el confinamiento: educación y atención a pacientes

Con miras a fortalecer y crear las nuevas formas para la educación de los maestros en Psicología con área de especialidad en MC, y considerando el cierre de las instituciones hospitalarias donde se realizaban las actividades asistenciales, se desarrolló un nuevo modelo interno para la educación de los alumnos y, paralelo a ello, un programa de asistencia y atención psicológica para ciertos pacientes con enfermedad crónica. Esta propuesta se diseñó con base en el *Reglamento General de Estudios de Posgrado* (RGEP) dado a conocer por el Consejo Universitario de la UNAM, el 29

de septiembre de 2006 y modificado el 15 de agosto de 2018, el cual señala en sus artículos 1 y 48 que la formación de los alumnos a nivel posgrado debe y puede impartirse en las modalidades presencial, abierta, a distancia o mixta. Además de favorecer el aprendizaje mediante el uso de materiales didácticos y las TIC's. Dicha propuesta de trabajo requirió centrar los esfuerzos en la formación de alumnos y docentes en una modalidad *online*, revisando para ello las alternativas existentes en el marco ético y legal, a través de sesiones formales y de compartir experiencias con los alumnos, pero, también, implicó la creación de medios para llegar a esa población que requería de un servicio psicológico.

Estrategias educativas y de formación clínica a distancia para especialistas en MC

Como parte de este nuevo modelo, se rediseñó, organizó y planearon nuevas formas de trabajo, en donde alumnos, supervisores y tutores han trabajado activamente.

Las acciones propias de la propuesta suponen el ajuste a las nuevas formas de educar a la distancia y se basaron, evidentemente, en la adquisición de competencias profesionales en los estudiantes, ello supuso un avance progresivo en diferentes niveles:

1. Adquirir conocimientos, es decir, que sean capaces de identificar, describir y delimitar un problema. Ello requirió información teórica e identificación de características no solo de los usuarios de los servicios que

ya estaban diseñando, sino también del uso de las plataformas y recursos digitales para el entrenamiento como ZOOM®, CLASSROOM®, GOOGLE DRIVE®, PADLET®, SOCRATIVE® y sistemas de ludificación.

2. Aprender estrategias de intervención, en otras palabras, que los alumnos fueran capaces de describir las etapas de la intervención, las características de las técnicas, los pasos para llevarla a cabo bajo una modalidad a distancia. Esta tarea implicó el reconocimiento de las necesidades de los propios alumnos, los cuales tenían alguna experiencia para ofrecer servicios de forma presencial, pero no contaban con las competencias para hacerlo a distancia, situación que redundó en un doble esfuerzo, pues, por un lado, se les capacitó en alternativas de evaluación e intervención con los usuarios y, por otro, se replantearon y analizaron las medidas para ofrecer un servicio *online* ético y de calidad.
3. Utilizar apropiadamente las estrategias de intervención ante un problema, es decir, para aplicarlas en el contexto de ensayos en escenarios donde se cuente con control de distintas condiciones y en aquellos en donde la interacción se da a distancia.
4. Demostrar capacidad para desempeñarse como profesional especializado en distintos contextos, incluyendo el remoto.

En estas actividades, los tutores contribuyeron enormemente, pues el confinamiento y el cierre de los hospitales dieron paso a la oportunidad de dar un seguimiento estrecho a las labores de los alumnos. Originalmente, la tutoría era una actividad que se desarrollaba episódicamente, a la que los alumnos y tutores dedicaban tiempo variable, ya que consideraban de mayor importancia el trabajo intrahospitalario, mientras que, por otro lado, la interacción más frecuente se desarrollaba con los supervisores académicos y en la cotidianidad del trabajo hospitalario con las supervisoras *in situ*.

Una vez notificado el confinamiento, se decidió que la tutoría, entendida como el apoyo docente de carácter individual ofrecido a los estudiantes como una actividad obligatoria del plan de estudios, se erigiría como el espacio interactivo de mayor relevancia para los alumnos, ya que es parte fundamental del proceso de formación de los estudiantes y se lleva a cabo mediante la atención individual, personalizada, pudiéndose desarrollar por videoconferencia y, de esta forma, cumplir con su objetivo central: dirigir el diseño y desarrollo de un protocolo de investigación aplicada y, en consecuencia, guiar la elaboración del reporte de experiencia profesional del alumno.

Los tutores programaron encuentros con sus alumnos por videoconferencia con el propósito de orientar y guiar a sus tutorados hacia la elaboración de protocolos de investigación aplicada, que deberían ser colocados para su

utilización en plataformas digitales para que la población general tuviera acceso a través de internet; se aclaró que los productos podrían ser audio o videgrabaciones, presentaciones con diapositivas, animaciones, carteles, trípticos o manuales, relacionados directamente con el campo de la MC y podrían ser aplicados a cualquier usuario, no necesariamente a las personas que acudían a los hospitales donde se realizaban las actividades de formación.

Tutores y alumnos iniciaron los trabajos para ofrecer nuevas alternativas de servicio/investigación a través del uso de las TIC's. Ante la incertidumbre por el regreso a las actividades presenciales en hospitales, se debería ofrecer el entrenamiento especializado a nuestros alumnos; para ello, era menester realizar un ajuste curricular que mostrara la flexibilidad del plan de estudios, que permitiera la atención de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores y que además posibilitara la aplicación de estrategias conductuales para el manejo de este tipo de problemas. Se centraron en el diseño y desarrollo de diversos productos para ser utilizados en modalidad a distancia, pero que también pudieran ser utilizados de manera presencial cuando fuere posible retornar a las actividades asistenciales.

Estrategias de asistencia y atención psicológica *online* para pacientes con enfermedad crónica

De cara a la pandemia, con el uso de la *telehealth*, entendida como el uso de las teleco-

municaciones y la tecnología de la información para proveer acceso a la evaluación, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión, educación e información a distancia (Nickelson, 1998) y considerando que la formación de los especialistas en MC se concentra en el desarrollo de competencias a través del vínculo de servicio/investigación desarrollado en hospitales, debíamos trabajar a distancia, ofreciendo a las personas que viven con una enfermedad crónica y a sus familiares alternativas de cambio conductual ante la enfermedad. El objetivo ahora era capacitarnos en la utilización de estos recursos y adentrarnos en un terreno en donde se garantizaran los espacios de educación y supervisión para integrarlo al entrenamiento (Myers, Endres, Ruddy, & Zelikovsky, 2012). Fue entonces que se implementaron las siguientes acciones: revisión bibliográfica; análisis, viabilidad y disponibilidad de las plataformas y otros recursos; análisis de las consideraciones éticas y legales para la atención *online*; planeación de los protocolos de atención; y análisis de las problemáticas psicológicas de los usuarios.

Revisión bibliográfica

Realizamos búsquedas de la mejor evidencia que diera cuenta de la importancia de las intervenciones *online*. Nos permitió encontrar que en los últimos años ha existido un incremento en las formas de evaluación e intervención psicológica mediante el uso de las TIC's (Dugas, Gao, & Agarwal, 2020). También, que de-

bido a la pandemia se incrementó el número de consultas psicológicas vía *online* para manejo emocional (González, Martínez, Hernández, & De la Roca-Chiapas, 2020; Urzúa, Vera, Caqueo, & Polanco, 2020), lo cual ratifica la necesidad de consolidar y estructurar formas de intervención que beneficien a la población en general, y en el caso de la MC, a personas que viven con alguna enfermedad crónica y que requieren ajustes comportamentales en su tratamiento médico (Glasgow et al., 2010; Pagoto & Bennett, 2013).

Análisis, viabilidad y disponibilidad de las plataformas y otros recursos

Realizamos un análisis de las plataformas, aplicaciones y programas para favorecer comportamientos de salud y manejo de la enfermedad, por ejemplo, intervenciones por medio del uso de dispositivos electrónicos para la evaluación del comportamiento, vía mensajes de texto, correo electrónico o comunicación telefónica, aplicaciones web, aplicaciones móviles, o interacciones vía videoconferencia, por mencionar algunas (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009; Dalkou, Nikopoulou, & Panagopoulou, 2015; Kurti & Dallery, 2014). Sin embargo, a pesar de que la mayoría de estas formas de intervención tiene como propósito conseguir efectos positivos en el comportamiento de los usuarios respecto de su salud, no en todas se cuenta con claridad de objetivos, alcances, medios de supervisión y regulación en términos legales y éticos (Dalkou et al., 2015), de allí

la necesidad de construir un protocolo más estructurado.

Análisis de las consideraciones éticas y legales para la atención online

Gran parte de los aspectos éticos vinculados con la evaluación e intervención en el contexto de las TIC's, concuerdan con las recomendaciones de la *Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists* (JTFDTGP, 2013) de la American Psychological Association (APA) y de la *Guía para la Intervención Telepsicológica* del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (De la Torre-Martí & Pardo-Cebrián, 2018), partiendo del hecho de que las regulaciones de los principios éticos de los psicólogos, explícitos en sus códigos de conducta, se deben aplicar de la misma manera que en los escenarios de evaluación e intervención tradicionales (De la Torre-Martí & Pardo-Cebrián, 2018; JTFDTGP, 2013; Kurti & Dallery, 2014).

Al respecto, el *Código Ético del Psicólogo* de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2010) hace énfasis en la protección de los usuarios del servicio psicológico como fin último del ejercicio profesional, científico y académico de los psicólogos, siempre partiendo de los elementos de confidencialidad y consentimiento bajo información. Se puede entender que, desde cualquier forma y plataforma para ofrecer evaluación e intervenciones psicológicas es necesario: (a) tomar medidas para asegurar la calidad del trabajo psicológico

y proteger de daño a pacientes, clientes, organizaciones, comunidades, estudiantes, participantes en investigaciones y otros (Artículo 3); (b) al evaluar por medio de procedimientos automatizados, vía internet o teléfono, se deben tomar precauciones debido a las limitaciones derivadas del formato aplicado, la forma de calificación e interpretación de los resultados (Artículo 23); (c) al realizar intervenciones, de manera presencial o por alguna plataforma a distancia, estas deben estar basadas en evidencia (Artículo 29); (d) al utilizar herramientas automatizadas o a distancia para realizar evaluaciones o intervenciones psicológicas, es necesario estar capacitado para su uso y recibir entrenamiento (Artículo 35); y (e) al concluir un proceso de intervención psicológica, independiente de la modalidad elegida, el psicólogo dará seguimiento al usuario de su tratamiento (Artículo 114).

Esta normatividad ha favorecido que, de manera reciente, en el *Código de Ética de las y los Psicólogos Mexicanos* de la Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (FENAPSIME, 2018) se haya diseñado una carta de derechos para los usuarios de atención psicológica en el campo de la salud, dentro de los cuales se destacan:

1. Recibir atención psicológica adecuada, pertinente e integral.
2. Recibir atención psicológica en caso de emergencia.
3. Recibir trato digno y respetuoso.

4. Recibir información clara, suficiente, veraz, oportuna y basada en evidencia.
5. Decidir sobre su atención psicológica cuando sus condiciones y circunstancias físicas, psicológicas y socioculturales lo permitan.
6. Otorgar o no su consentimiento debidamente informado por escrito o mediante el respaldo de un tercero moralmente responsable o por prescripción profesional.
7. Contar con la seguridad del manejo confidencial de la información trabajada en su proceso de atención, durante y posterior al mismo proceso.
8. Suspender o concluir el proceso de evaluación o intervención psicológica siempre y cuando no represente un riesgo para sí mismo o para los demás, o reanularlo cuando lo considere pertinente, con el mismo profesional o con otro.
9. Contar con la seguridad de la integración debida de su información en un expediente psicológico. (FENAPSIME, 2018, p.23)

Si bien la SMP (2010) marca algunos elementos puntuales sobre el comportamiento del psicólogo en su práctica profesional, es muy poco específica en las formas novedosas de evaluación e intervención, en gran parte por el momento en el que se desarrolló su código de ética. Aunado a esto, en las descripciones de la FENAPSIME (2018) se puntualiza qué es lo que debe recibir cualquier usuario de

atención psicológica y, aunque no se menciona, sería equivalente si la atención es una intervención estructurada en un ambiente web, una intervención clínica por videoconferencia (incluyendo medios como el chat o el email), empleando una aplicación o software (móvil, plataforma o realidad virtual), entre otros (De la Torre-Martí & Pardo-Cebrián, 2018).

En este periodo se discutió y se decidió que la intervención *online* debería ofrecerse mediante un esquema de trabajo que posibilitara la toma de decisiones ordenada tanto para el ingreso de los pacientes como para la firma de consentimiento, el proceso de evaluación conductual, la oferta de acciones terapéuticas, la evaluación de resultados y el seguimiento.

Planeación de los protocolos de atención

De manera específica, el trabajo de atención a personas con enfermedad crónica en la modalidad *online* debería cumplir con una serie de normas éticas que, de acuerdo con Barak et al. (2009), Dalkou et al. (2015), Glasgow et al. (2010), Kurti y Dallery (2014), deberían responder, inicialmente, a los siguientes cuestionamientos: *¿A qué segmento de la población se dirigirán los servicios? ¿Cómo se ofertarán los servicios? ¿Cómo se seleccionará a los usuarios? ¿Cómo se canalizará a quienes soliciten servicio, pero no cumplan con el perfil de usuario?* Por lo tanto, nos capacitamos en el empleo de los dispositivos y las plataformas, identificamos los alcances y las limitaciones de las evaluaciones e intervenciones y los medios en los

cuales se implementaría la supervisión. Estábamos claros en algo: la utilización de las TIC's no implicaba simplemente ofrecer intervenciones psicológicas breves *online* o el colocar información en sitios específicos; por el contrario, se requería de un programa integral de trabajo que permitiera ofrecer intervenciones (preventiva, educativa, terapéutica de cambio conductual, de prevención de complicaciones) de acuerdo con las necesidades de los solicitantes del servicio.

Análisis de las problemáticas psicológicas de los usuarios

Aún quedaba la duda de si lo que estábamos planeando se ajustaba a las necesidades de la población, por lo tanto, y tal como señala De la Torre-Martí y Pardo-Cebrián (2018), estructuramos las formas de trabajo y analizamos la viabilidad considerando los siguientes aspectos: *¿El tratamiento por medio de las TIC's es la única opción disponible? ¿El tipo de problema se ajusta a la forma de trabajo y existe evidencia de ello? ¿El problema de atención tiene una gravedad importante que sería de difícil manejo por estos formatos? ¿Los usuarios a quienes se atenderá o va dirigida la intervención son mayores de edad? ¿El tratamiento por medio de las TIC's es mejor que el tratamiento presencial?* Para cumplir con los puntos precedentes se trabajó en la construcción de dos guías clínicas que presentaran el sustento teórico y metodológico con base en las necesidades de los pacientes con enfermedad crónica, dada

su condición de salud y evidentemente en el contexto de la pandemia. Estas guías están acompañadas de instrumentos de evaluación, cartas descriptivas, diagramas de flujo, manuales para pacientes y materiales audiovisuales adicionales que fungirían como marco referencial de las acciones desarrolladas por las terapeutas, asumiendo que será característica común que tengan estrés agudo debido a sus problemas de salud, a la incertidumbre de la atención que podrían recibir, al miedo al contagio de la COVID-19, debido a que son catalogados como población de riesgo.

En esta perspectiva, los potenciales usuarios de los servicios psicológicos a ofrecer tendrán una característica común, la presencia de datos de estrés agudo. El plan de estudios de la residencia señala que el eje central de la misma se encuentra enfocado a este problema (la reducción de estrés en personas con enfermedades crónico-degenerativas) como la diabetes mellitus (DM), la enfermedad renal crónica terminal (ERCT), las enfermedades cardiovasculares (particularmente la hipertensión arterial) que son tres de las principales causas de muerte tanto en México como en el mundo (Aldrete et al., 2018; Chen, Knicely, & Grams, 2019; Heintjes et al., 2019; Reynoso & Seligson, 1988).

Se asume que este tipo de enfermedades generan estrés en quienes lo padecen, ya sea por haber recibido el diagnóstico, por haber sido sometidos a estudios médicos invasivos generalmente dolorosos, por el temor

al ser internado en un hospital, porque serán intervenidos quirúrgicamente, 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 (Reynoso & Avila-Costa, 2014).

El conocimiento, las experiencias y las creencias pueden contribuir a la forma en que las personas evalúan situaciones y las afrontan; la evaluación de estrés se asocia entonces con los eventos cotidianos, incluyendo a la enfermedad crónica, por lo que la percepción de que esta última es amenazante puede generar estrés (Pires, Peuker, & Castro, 2017). El afrontamiento tiene una función protectora que puede eliminar o modificar condiciones evaluadas como estresantes; la enfermedad crónica es considerada como un evento estresante contra la que el paciente debe realizar acciones para afrontar la enfermedad diariamente (Ramkisson, Pillay, & Sibanda, 2017).

La enfermedad crónica presenta retos sustanciales no solo para quien la padece sino para la pareja o familiares del enfermo; idealmente todos deben realizar ajustes de estilo de vida, probablemente renegociar sus roles dentro de la familia y afrontar el estrés. Esto se conoce como afrontamiento comunal, que involucra la evaluación de un evento estresante como compartido, por lo tanto, el afrontamiento se debe visualizar como aquellas conductas colaborativas para manejar el evento estresante.

Desde la perspectiva de un intercambio bidireccional entre individuos, la percepción de un evento estresante debe evaluarse como *nuestro* problema, en vez de mi problema o tu problema, y percibir que se trabajará de manera conjunta para resolverlo. Tanto el enfermo como el familiar se benefician con el afrontamiento comunal, ya que las relaciones entre ellos se fortalecen, se reduce el estrés psicológico y se mejora la salud (Hegelson et al., 2020; Zajdel, Helgeson, Seltman, Korytkowski, & Hausmann, 2018).

Una correcta aplicación de los preceptos teóricos subyacentes del modelo del estrés podría proveer de bases sólidas para desarrollar programas de intervención efectivas (Chew et al., 2017).

Para el manejo del estrés se requiere elaborar y aplicar programas de intervención con diversos componentes; aunado a esto, el programa deberá contar con una estructura que permita comparar entre el estado inicial del paciente (evaluación), su evolución a lo largo de las sesiones (intervención), su estado posterior a la intervención inmediato y mediato (seguimiento); todo ello en un modelo integral de tratamiento que deberá ser ajustado de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

Acciones y resultados del modelo de trabajo en MC

El trabajo llevó a la propuesta de ofrecer actividades sincrónicas (por videollamada) a través de la cual se realizarían entrevistas, evaluacio-

nes, intervenciones, se utilizarían los medios audiovisuales fabricados *ad hoc* y una segunda vertiente con actividades asincrónicas a través del sitio web *Medicina Conductual Iztacala*¹ en donde se encuentran alojadas videograbaciones, audiograbaciones, infografías, trípticos, folletos y dos manuales psicoeducativos para pacientes, el primero, cuyo título es *Viviendo con enfermedad renal crónica: pautas y sugerencias para manejar mi estrés* (González, Reyes, Lugo, & Reynoso), mientras que el segundo se denomina *Viviendo con diabetes mellitus: pautas y sugerencias para manejar mi estrés* (Rodríguez, Abaroa, Reynoso, & Lugo).

La atención de personas requiere, además de cumplir con las normas éticas de la profesión, de apegarse a la legislación vigente en el país en materia de protección de información y datos. Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó la construcción del formato de consentimiento informado, el cual además fue sometido a la evaluación del Comité de Ética del posgrado. Además, se diseñó un modelo de expediente clínico que cumple con la normatividad vigente. El trabajo clínico requiere del uso de diversos formatos de registro conductual, que se ofrecen a los usuarios; además, se adaptaron distintos instrumentos de evaluación². Estos productos junto con su fundamentación, metodología, cartas descriptivas por sesión, diagramas de flujo para uniformar

1 <https://www.mciztacala.org/>

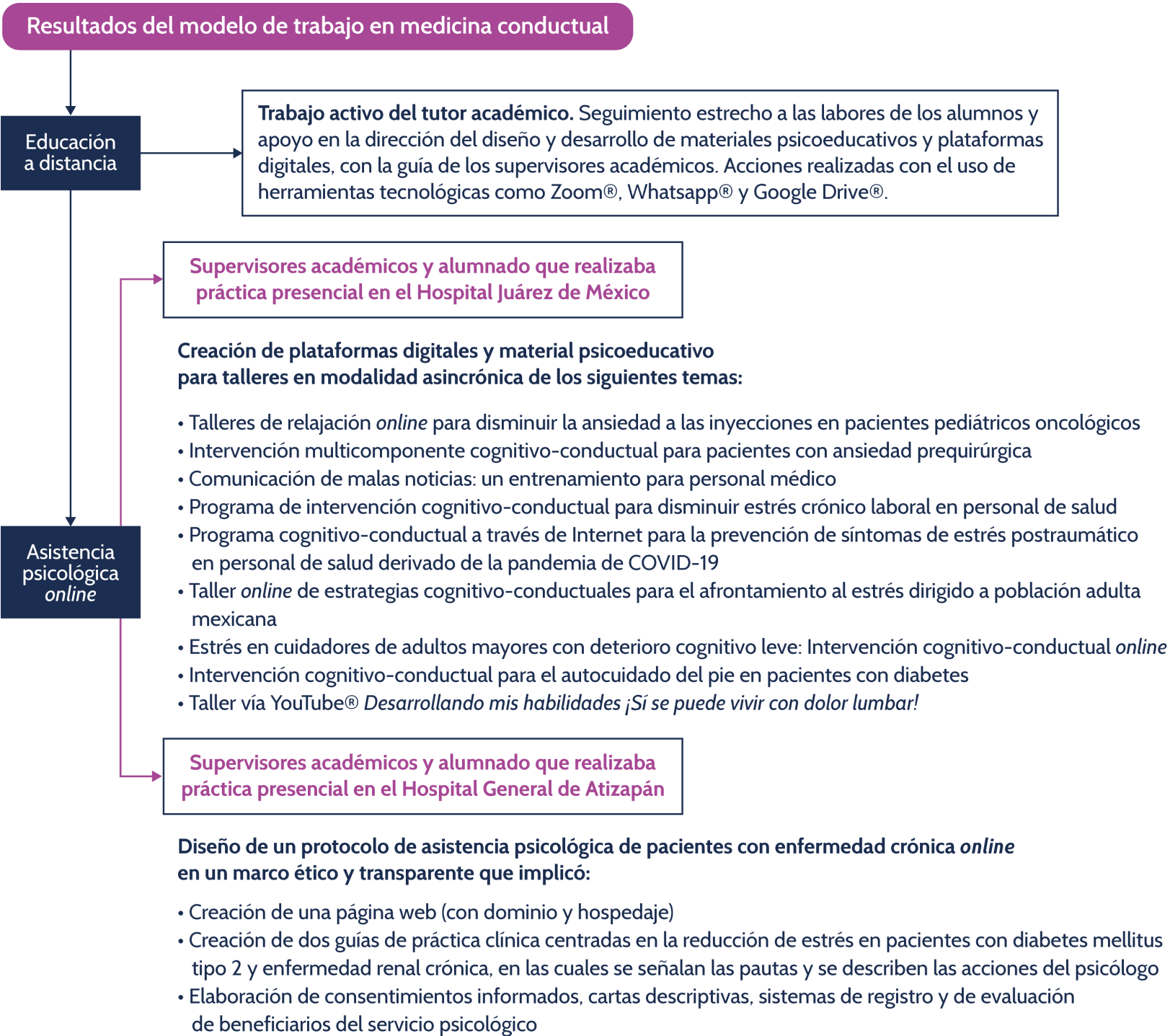
2 <https://tinyurl.com/evalest>

la atención y un modelo de supervisión de las actividades clínicas de los alumnos se encuentran documentados en dos guías clínicas, una denominada *Reducción de estrés en pacientes con diabetes mellitus* (Muñoz, Bautista, Ortega,

Becerra, & Reynoso) y, la otra, *Reducción de estrés en pacientes con enfermedad renal crónica* (Olvera, Sánchez, Muñoz, Becerra, & Reynoso).

La figura 1 muestra las distintas vertientes del modelo de trabajo de MC.

Figura 1
Estrategias y acciones del modelo de trabajo de cara a la COVID-19 en la Residencia de Medicina Conductual de la FES-I



Supervisión del trabajo *online*

El plan de estudios de la Maestría en Psicología y el de la Residencia en MC señalan que su propósito es la formación de profesionales capaces de detectar, evaluar e intervenir en el entorno social complejo y demandante mediante un plan coherente, articulado y flexible, organizado en torno al desarrollo de competencias *in situ* mediante la incorporación de los alumnos a programas de residencia con práctica profesional supervisada, en los escenarios donde se realiza el ejercicio de la profesión (Ayala et al., 1998; Reynoso & Seligson, 1988). En esa misma línea, el desarrollo de competencias profesionales requiere hacer énfasis en las acciones del alumno a partir de lo aprendido, lo cual resalta la importancia de realizar práctica en escenarios reales del quehacer profesional, el cual sostiene el carácter aplicado del plan de estudios y la necesidad de contar con un sistema de supervisión³.

La supervisión tiene como propósito proporcionar al residente de MC estrategias y habilidades teórico-prácticas que favorezcan

su desempeño. El supervisor tiene la responsabilidad, a través de los diferentes métodos y tareas asignadas, de encontrar, valorar y apoyar las habilidades inherentes del supervisado, buscando favorecer su autonomía en lo concerniente al trabajo clínico, particularmente, en la propuesta del trabajo *online*, cuyos antecedentes se remontan a finales del siglo XX; originalmente, se utilizó el término *telepsicología*, derivado del término telesalud (del inglés *telehealth*) y en este se incluía la supervisión de la práctica clínica.

La supervisión por vía electrónica permite observar la práctica del supervisado independientemente de la distancia geográfica; para ello, el supervisor y los supervisados deben prepararse para utilizar adecuadamente este tipo de recursos, siempre dentro del marco ético que rige la profesión. La supervisión de actividades clínicas *online* no dista mucho de la realizada de manera presencial; comparte las mismas normas éticas (American Psychological Association [APA], 2014; Association of State and Provincial Psychology Boards [ASPPB], 2015; Consejo General de la Psicología [CGP], 2017; de la Torre & Pardo, 2018; JTF-DTGP, 2013; Koocher & Murray, 2000; Wood, Miller, & Hargrove, 2005).

Antes de realizar el trabajo clínico *online* se deben incluir prácticas sobre el manejo del equipo tanto para supervisores como para supervisados, mediante casos simulados utilizando el modelo de solución de problemas y toma de decisiones, todo ello con

3 La supervisión fue concebida originalmente como una interacción de aprendizaje centrada en las competencias del supervisado, donde el supervisor y los supervisados, como equipo de trabajo realizan tareas de planeación, dirección y evaluación de la práctica asistencial de estos últimos a través del trabajo en actividades clínicas profesionales (detección, evaluación, prevención, intervención e investigación) que garantizan la adquisición y el dominio de competencias profesionales en contextos de salud.

el propósito de manejar adecuadamente el ambiente electrónico y tener alternativas para la solución de problemas durante la sesión.

En una segunda etapa del entrenamiento supervisado, previo al trabajo con pacientes reales, se deberá realizar práctica con casos simulados en sesiones videograbadas, donde se incluya juego de roles, con el propósito de retroalimentar a los supervisados, además de promover en ellos la autoobservación y ejemplificar dilemas éticos para el análisis y discusión con el grupo de trabajo. Aunado a lo anterior, en este tipo de práctica deberá resaltarse el hecho de que, dependiendo de la tecnología, algunos comportamientos durante la entrevista pueden no ser notados, por lo que en la supervisión se debe resaltar la necesidad de prestar atención tanto a la conducta verbal del paciente como al comportamiento no verbal. Una de las resultantes del trabajo a distancia permite escuchar más atentamente (Marrow, Hollyoake, Hamer, & Kenrick, 2002).

En la pandemia, con el propósito de fortalecer el aprendizaje de los alumnos, la figura de la supervisión se conjunta con la de la tutoría para ofrecer una guía coordinada con los alumnos; uno de los logros académicos que se han tenido al respecto permitió la conjunción de acciones en pro de los alumnos, particularmente en tres aspectos: (a) elaboración del protocolo de investigación, (b) elaboración de casos clínicos, y (c) elaboración del reporte de experiencia profesional.

Elaboración del protocolo de investigación

En este aspecto, el tutor guía y orienta al alumno para que realice una revisión exhaustiva del proyecto, en términos del marco teórico, objetivos, metodología, análisis, resultados o avances de los materiales y el reporte. Además, el tutor se encarga de asesorar en la selección del diseño de investigación, análisis de resultados y presentación del producto final. Debe realizar una revisión detallada de los avances del proyecto (ortografía, sintaxis, redacción, puntuación, siguiendo los lineamientos de la APA) y, si tuviere la posibilidad, debiera gestionar junto con el alumno los recursos, permisos/trámites, espacios y materiales para llevar a cabo el protocolo y realizará un seguimiento de la ejecución. Lo anterior implica que con el tutor se discuten y se toman las decisiones importantes sobre aspectos teóricos y metodológicos de cada estudiante.

Paralelo a lo anterior, los supervisores académicos deberán ofrecer sugerencias para la elaboración del protocolo bajo la examinación de la viabilidad y las necesidades/demandas del contexto, así como sugerir material bibliográfico y de consulta para la elaboración del marco teórico y sugerir el tipo de intervención, procedimientos y técnicas que puede emplear en el tratamiento de la variable psicológica elegida en el proyecto, considerando viabilidad y evidencia de la eficacia en ese tipo de población.

La vinculación entre tutores y los supervisores académicos se debe dar al menos

mensualmente; se comentarán los avances y se decidirán en conjunto recomendaciones para el alumno.

Elaboración de casos clínicos

En este aspecto, los supervisores académicos ejercen un papel central, ya que deben facilitar la construcción del caso, así como entrenar a los alumnos en la ejecución de técnicas, moldear y modelar los comportamientos esperados en los procesos de evaluación e intervención clínica, realizar ejercicios de juegos de rol, examinar casos hipotéticos o ya conocidos, sugerir la integración o modificación de técnicas para la intervención con pacientes con características particulares o en condiciones especiales, ofrecer retroalimentación individualizada y sugerir actividades complementarias en casos necesarios, mientras que los tutores podrán sugerir algunos cambios para la mejora de la presentación del caso clínico de ser necesario.

Cabe señalar que las decisiones clínicas relevantes sobre el caso clínico se tomarán con el equipo de supervisión.

Elaboración del reporte de experiencia profesional

Este documento conjunta las actividades desarrolladas por el alumno en el transcurso de su residencia; su elaboración es requisito *sine qua non* para la graduación del alumno. Para su correcta realización, los supervisores deberán guiar y supervisar el avance del reporte, así como realizar la revisión de los reportes esta-

dísticos de los pacientes atendidos –de contar con la posibilidad de ofrecer servicio a distancia o presencial–, mientras que los tutores deberán realizar una revisión detallada de los avances del reporte (ortografía, sintaxis, redacción, puntuación, siguiendo los lineamientos de la APA).

Conclusiones

A meses del cierre de hospitales y de las actividades presenciales, debemos ser honestos y señalar que, en lo general, no estábamos preparados para un súbito cambio; que anteriormente utilizábamos las TIC's es un hecho demostrable por un proyecto previo de la residencia, desarrollado en el año 2009, financiado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) a través del programa PAPIIME denominado “Desarrollo de un sistema de tutoría y supervisión *online* para la residencia en Medicina Conductual” (Proyecto PE-301409); tras esta experiencia se han utilizado distintas TIC's, entre las que podemos señalar: los bancos de recursos, la videograba- ción del desempeño de los alumnos en situa- ciones de evaluación de competencias profe- sionales, el uso de un portafolio inicialmente desarrollado con Moodle®, las aulas virtuales de la UNAM, la página web de la residencia⁴, sitios como Facebook®, Twitter®, Dropbox®, Google Drive® para almacenar información y ponerla a disposición de alumnos y docentes.

4 <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org>

Posteriormente, se utilizó el WhatsApp® como una forma de mensajería asincrónica y, también, el canal *Medicina Conductual Iztacala* en YouTube®⁵, donde se tienen alojados más de 100 videos educativos correspondientes a entrevistas y ejemplos de intervenciones realizadas por alumnos y docentes de distintas generaciones, a los cuales se puede acceder libremente.

Ante el nuevo escenario, el programa de MC ajustó sus actividades y realizó acciones para garantizar el alcance de sus objetivos, migrando de la modalidad presencial a la modalidad *online*, lo cual significó entre otros aspectos: contratar espacio para construir una nueva página web, comprar los derechos de una dirección de internet⁶, crear un correo electrónico para recepción de solicitudes de tratamiento⁷, comprar software y acceso a sitios para realizar infografías, trípticos y videos, diseñar la página y los materiales y, posteriormente, probar su funcionalidad. Eso requirió de la creatividad de alumnos y docentes, de distintos ensayos, pruebas y opiniones, lo que nos permite señalar la necesidad de realizar trabajo multidisciplinario junto con expertos en diseño, programadores, ingenieros en computación, entre otros, para facilitar el trabajo y hacerlo más eficiente.

La utilización actual de las TIC's y la construcción de diversos materiales nos permite

aseverar que estos últimos podrán ser utilizados tanto en ambientes virtuales sincrónicos o asincrónicos, así como en situaciones frente a frente con distintos pacientes y sus familiares, lo que implica que el trabajo desarrollado no ha sido únicamente emergente para enfrentar la situación de encierro; por el contrario, aumenta su valor agregado, ya que puede ser utilizado en distintos escenarios, a la vez que podemos ofrecer el modelo de trabajo para que sea utilizado por otras instituciones, con lo cual cumplimos con las funciones sustantivas de nuestra Universidad, las cuales son: *la docencia, la investigación y la difusión de la cultura*.

El prepararnos para realizar cambios a la forma habitual de trabajo se convirtió en una tarea ardua, que requirió leer, aprender, proponer una alternativa de trabajo, entrenar, probar materiales, etcétera. En este periodo hemos visto crecer la oferta de servicios psicológicos *online* y de inmediato surgen las siguientes preguntas: Quienes ofrecen este tipo de servicio en México, ¿se encuentran preparados para el mismo? ¿cómo fueron entrenados? ¿su formación cuenta con el respaldo de alguna institución educativa? Una búsqueda breve utilizando los descriptores <psicólogos *online* México> ofreció cerca de 173 000 resultados. Al revisar la oferta, ningún psicólogo de los enlistados que ofrecen servicios *online* menciona haber estudiado para poder ofrecer este tipo de atención; por el contrario, ofrecen distintas alternativas de terapia al igual que la ofer-

5 <https://www.youtube.com/channel/UCuGUYoeylmaTvtR4ePGbmEQ/videos>

6 <https://www.mciztacala.org/>

7 medicinaconductualizapan@gmail.com

ta común, es decir, lo único que hicieron fue trasladar su trabajo hacia la atención *online*, sin tener la preparación correspondiente.

Lo anterior nos permite señalar la falta de una legislación sobre el ejercicio de la psicología (en lo general) y particularmente de los servicios *online*. Para avanzar hacia la regulación de dichas actividades se requerirá que las distintas asociaciones de psicólogos propongan estrategias para formar y actualizar a sus agremiados junto con las instituciones educativas, y que la Dirección General de Profesiones⁸ norme y vigile sobre el particular.

Las instituciones educativas deberán colocarse a la vanguardia en términos del uso de diversas tecnologías para la enseñanza aprendizaje; las actividades en aula, laboratorio y escenarios aplicados deben enriquecerse con otras alternativas; para ello, será indispensable que docentes y alumnos adquieran conocimientos sobre estos aspectos, con el propósito de identificar alternativas de uso. Se deberá favorecer el trabajo multidisciplinario para construir escenarios de aprendizaje y de oferta de servicios profesionales para el público en general, entendiendo que, a pesar de los avances en el número de usuarios de internet, existen amplios sectores de la población que no tienen acceso a esta tecnología.

8 Es función de la Dirección General de Profesiones vigilar el ejercicio profesional, para dar certeza a la sociedad de que quien se ostente como profesionista cumpla con la formación académica necesaria y los requerimientos legales para ejercer una profesión (Secretaría de Educación Pública, 2013).

Referencias

- Aldrete, V.J.A., Chiquete, E., Rodríguez-García, J.A., Rincón-Pedrero, R., Correa-Rotter, R., García-Peña, R., ... Pedraza-Chávez, J. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Medicina Interna de México*, 34(4), 536-550. <https://10.24245/mim.v34i4.1877>
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. Recuperado de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Association of State and Provincial Psychology Boards. (2015). *ASPPB Supervision Guidelines for Education and Training leading to Licensure as a Health Service*. Recuperado de https://cdn.ymaws.com/www.asppb.net/resource/resmgr/guidelines/supervision_guidelines_for_h.pdf
- Ayala-Velázquez, H., Reyes-Lagunes, I., Macotela, S., Acle, G., Vázquez, F., Seligson, I., & Reynoso, L., (1998). *Proyecto de adecuación del Programa de maestría y doctorado en psicología*.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S.C., & Di Napoli, R. (2020). Features,

- evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In *Statpearls* [Internet]. Florida: StatPearls Publishing.
- Chen, T.K., Knicely, D.H., & Grams, M.E. (2019). Chronic kidney disease diagnosis and management. *JAMA*, 322(13), 1294-11. <http://doi.org/10.1001/jama.2019.14745>
- Chew, B.H., Vos, R.C., Metzendorf, M.I., Scholten, R.J., & Rutten, G.E. (2017). Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CDO11469.pub2>
- Consejo General de la Psicología. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. España: APA. <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>
- Coordinación de Desarrollo Educativo e Innovación Curricular. CODEIC, UNAM. (2020). *¿Cómo adaptar la planeación de mi curso en una contingencia? Sugerencias pedagógicas para enfrentar la contingencia*. Recuperado de https://www.codeic.unam.mx/index.php/contingencia_cursos/
- Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia, CUAIEED, UNAM. (2020). *Recomendaciones para la transición de la docencia no presencial*. Recuperado de <https://cuaieed.unam.mx/descargas/Recomendaciones-para-la-transicion-a-la-docencia-no-presencial.pdf>
- Dalkou, M., Nikopoulou, V.A., & Panagopoulou, E. (2015). Why mHealth interventions are the new trend in health psychology? Effectiveness, applicability and critical points. *European Health Psychologist*, 17(3), 129-136. Recuperado de <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/784/0>
- De la Torre Martí, M., & Pardo Cebrián, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>
- Dong, Y., Mo, X., Hu, Y., Qi, X., Jiang, F., Jiang, Z., & Tong, S. (2020). Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics*, 145(6), e20200702-30. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>
- Dugas, M., Gao, G., & Agarwal, R. (2020). Unpacking mHealth interventions: A systematic review of behavior change techniques used in randomized controlled trials assessing mHealth effectiveness. *Digital Health*, 6. <https://doi.org/10.1177/2055207620905411>
- Epidemic Stats. (2020). *Statistics data about coronavirus COVID-19*. Recuperado de <https://epidemic-stats.com/>
- Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México.

- (2018). *Código de ética de las y los psicólogos mexicanos*. México: FENAPSIME.
<https://fenapsime.org/2018/01/01/codigo-de-etica-de-las-y-los-psicologos-mexicanos/>
- Gandhi, R., Lynch, J., & del Río, C. (2020). Mild or Moderate Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 383, 1757-1766. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2009249>
- Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Kurz, D., Faber, A., Bell, H., Dickman, J.M., ... Osuna, D. (2010). Recruitment for an-internet-based diabetes self-management program: scientific and ethical implications. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 40-48. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9189-1>
- González, R.L.P., Martínez, A.R.J., Hernández, G.M.A., & De la Roca-Chiapas, J.M. (2020). Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 589-597. <http://doi.org/10.2147/PRBM.S259563>
- González, A., Reyes, E.L., Lugo, I., & Reynoso, L. (2020). *Viviendo con Enfermedad Renal Crónica: pautas y sugerencias para manejar mi estrés*. Recuperado de https://www.mciztacala.org/uploads/1/3/2/8/132887507/viviendo_con_erc.pdf
- Graue, E. (2020). Se reunió el Rector con titulares de bachillerato, licenciatura y posgrado. *Boletín UNAM, DGCS-238*. Recuperado de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_238.html
- Heintjes, E.M., Houben, E., Beekman-Hendriks, W.L., Lighaam, E., Cremers, S.M., Penning-van Beest, F.J.A., Stehouwer, C.D.A., & Herings, R.M.C. (2019). Trends in mortality, cardiovascular complications, and risk factors in type 2 diabetes. *The Netherlands Journal of Medicine*, 77(9), 317-329. Recuperado de <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=2159>
- Helgeson, V.S., Naqvi, J.B., Seltman, H., Vaughn, A.K., Korytkowski, M., Hausmann, L.R.M., & Gary-Webb, T.L. (2020). Links of communal coping to relationship and psychological health in type 2 diabetes: actor-partner interdependence models involving role, sex, and race. *Annals of Behavioral Medicine*, 54, 346-359. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz052>
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>
- Koocher, G.P., & Morray, E. (2000). Regulation of telepsychology: A survey of state attorneys general. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 503-508.

- Kurti, A.N., & Dallery, J. (2014). Integrating technological advancements in behavioral interventions to promote health: unprecedented opportunities for behavior analysts. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(2), 106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358800/>
- Marrow, C.E., Hollyoake, K., Hamer, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video conferencing technology: A reflective account. *Journal of Nursing Management*, 10, 275-282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00313.x>
- Muñoz, D., Bautista, Y.M., Ortega, A., Becerra, A.L., & Reynoso, L. (2021). *Reducción de estrés en pacientes con Diabetes Mellitus*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.21.05>
- Myers, S.B., Endres, M.A., Ruddy, M.E., & Zelikovsky, N. (2012). Psychology graduate training in the era of online social networking. *Training and Education in Professional Psychology*, 6, 28-36. <https://doi.org/10.1037/a0026388>
- Nickelson, D. (1998). Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 527-535. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.6.527>
- Olvera, V., Sánchez, M., Muñoz, D., Becerra, A. L., & Reynoso, L. (2021). *Reducción de estrés en pacientes con Enfermedad Renal Crónica*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.21.06>
- Pagoto, S., & Bennett, G.G. (2013). How behavioral science can advance digital health. *Translational Behavioral Medicine*, 3(3), 271-276. <https://doi.org/10.1007/s13142-013-0234-z>
- Pires, G.E., Peuker, A.C., & Castro, E.K. (2017). Brief intervention for stress management and change in illness perception among hypertensive and normotensive workers: pilot study and protocol. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, 26 <https://doi.org/10.1186/s41155-017-0080-x>
- Ramkisson, S., Pillay, B.J., & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>
- Reynoso, L., & Avila-Costa, M.R. (2014). Estrés, enfermedad crónica y Medicina Conductual. En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Coords.), *Medicina conductual: Teoría y Práctica*. Hermosillo: Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Reynoso, L., & Seligson, I. (1998). *Proyecto de creación de la residencia en Medicina Conductual*. Documento no publicado.
- Rodríguez, P., Abaroa, M.F., Reynoso, L., & Lugo, I.V. (2020). *Viviendo con Diabetes Mellitus: pautas y sugerencias para controlar mi estrés*. Recuperado de <https://www.mciztacala.org/>

uploads/1/3/2/8/132887507/gu%C3%ADa_para_pacientes_dm2.pdf

Secretaría de Educación Pública. (2013). *Manual de Organización de la Dirección General de Profesiones*. Recuperado de https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/15629/2/images/mo_dgprof.pdf

Secretaría de Salud. (2020). *Sana Distancia COVID-19*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/sana-distancia>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2006). *Reglamento General de Estudios de Posgrado*. Recuperado de <http://www.posgrado.unam.mx/historia/normatividad/reglamento-general-de-estudios-de-posgrado>

Urzúa, A., Vera, V. P., Caqueo, U. A., & Polanco, C. R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde

la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103>

Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., ... Ferguson, N. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(6), 669-677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

Wood, J.A.V., Miller, T.W., & Hargrove, D.S. (2005). Clinical Supervision in Rural Settings: A Telehealth Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 173-179. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.173>

Zajdel, M., Helgeson, V.S., Seltman, H.J., Korytkowski, M.T., & Hausmann, L.R.M. (2018). Daily Communal Coping in Couples With Type 2 Diabetes: Links to Mood and Self-Care. *Annals of Behavioral Medicine*, 52, 228-238. <https://doi.org/10.1093/abm/kax047>

Reseñas curriculares

Coordinadores

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo



Médico Cirujano y Maestro en Modificación de Conducta por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); miembro de la Society of Behavioral Medicine, de la *American Psychological Association*, de la *Society for Neuroscience* y de la *Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta* (SMAC); coordinador de la residencia en Medicina Conductual de la FES Iztacala UNAM. 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*, *Diabetes tipo 2 en niños: alternativas de prevención*, *Hipertensión arterial: Manual de intervenciones en actividad física, alimentación y solución de problemas para niños*, *Medicina Conductual: teoría y práctica* y *Trastorno de estrés postraumático en adultos*. *Intervención cognitivo conductual para víctimas de sismos*.

Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez



Licenciada y Maestra en Psicología con Residencia en Medicina Conductual por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología por la Universidad de las Américas de la Ciudad de México. Profesora Asociada “C” de tiempo completo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en el área de Psicología Clínica y de la Salud. Supervisora y tutora en la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual de la FESI-UNAM. Colaboradora y responsable en diversos proyectos de PAPIME desde 2007 a la fecha. Consultora de la Entidad de las Naciones Unidas en México, ONU-Mujeres. Docente en cursos y diplomados en Terapia cognitivo-conductual. Autora de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Coordinadora del libro *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* y coautora del libro *Trastorno de estrés postraumático en adultos*. *Intervención cognitivo conductual para víctimas de sismos*.

Autores

Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano



Maestra en Modificación de Conducta por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Doctora en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Granada. Docente en la Licenciatura de Psicología en el área clínica (teoría y práctica) y tutora de la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual de la FESI-UNAM. Miembro del Subcomité de Ética de la carrera de Psicología en la UNAM FES Iztacala. Miembro del comité editorial de la Revista de Psicología Conductual. Secretaria general de la Asociación Iberoamericana de Psicología Clínica y Salud (APICSA). Principales líneas de investigación: la psicología clínica y de la salud, la enseñanza de la ética en el nuevo plan curricular de la carrera de Psicología en la FES- Iztacala y medicina conductual en el ámbito hospitalario.

Dra. María Rosa Ávila Costa



Licenciada en Psicología, Maestra en Neurociencias y Doctora en Ciencias Biológicas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Galardonada con la medalla Sor Juana Inés de la Cruz en 2007 y con el premio Estatal de Ciencia y Tecnología en el área de Ciencias de la Salud en 2011. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Responsable del Laboratorio de Neuromorfología.

Ha formado alumnos de licenciatura, maestría y doctorado. Ha publicado tres artículos en revistas de circulación nacional, 80 en revistas internacionales, un libro nacional, cuatro internacionales y 26 capítulos en libros. Tiene más de 800 citas. Ha participado en la revisión y actualización de programas académicos, en 70 dictámenes de artículos, en la evaluación de proyectos SEP-CONACyT y en asesoría especializada a proyectos de investigación. Actualmente, es profesor Titular B en el área de Investigación y Posgrado de la FES Iztacala, UNAM. Línea de investigación: neurobiología de la neurodegeneración.

Dra. María Cristina Bravo González



Maestra en Psicología con la Especialidad en Medicina Conductual y Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora Asociada “C” de tiempo completo. Tutora, supervisora y docente en la Residencia en Medicina Conductual, perteneciente al programa de Maestría en Psicología Profesional, UNAM. Profesora en el área de Psicología Clínica en la FESI entre 2004 y 2011; profesora de Metodología en Salud a nivel licenciatura desde 2019 en la FESI. Directora y asesora de tesis de licenciatura y maestría. Colaboradora en diversos proyectos de investigación como PAPIIT, PAPIME y PAPCA. Responsable académica del Diplomado de Tera-

pia cognitivo conductual impartido en la FESI desde 2011; responsable de la Estrategia de Atención Psicológica con Enfoque Cognitivo Conductual en CAOPE. Coautora de diversos artículos y capítulos de libros en textos especializados; conferencista, ponente y tallerista en congresos especializados y en eventos de divulgación.

Mtra. Guadalupe Arely Hernández Gálvez 

Licenciada en Psicología con Mención Honorífica por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Psicología con Residencia en Medicina Conductual por la FESI-UNAM. Con Diplomado en Cuidados Paliativos en Oncología, en el Instituto Nacional de Cancerología (IN-Can). Se ha desempeñado primordialmente en la atención psicológica de pacientes con dolor crónico y en cuidados paliativos. Actualmente, labora como docente en la Universidad de Puebla (UniPuebla). Ha participado en diversos congresos nacionales e internacionales y ha publicado artículos en revistas indizadas y de divulgación.

Dr. Isaías Vicente Lugo-González 

Licenciado, Maestro y Doctor en Psicología, especialista en Medicina Conductual por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (FESI-UNAM). Profesor de asignatura a nivel

licenciatura y posgrado en la FESI-UNAM. Ha sido docente a nivel privado y, actualmente, es profesor de la Licenciatura en Psicología, la Residencia en Medicina Conductual, la Especialización en Enfermería Nefrológica y la Especialización en Enfermería y Salud Laboral. Principales líneas de investigación: percepción sobre la enfermedad, creencias sobre el tratamiento y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas; conducta de pica en pacientes con enfermedad renal crónica; estilos de vida y riesgos a la salud en estudiantes universitarios; y estudios sobre la COVID-19 en México: percepción sobre la enfermedad e intención de vacunación. En estas áreas de trabajo ha publicado 17 artículos, cinco capítulos de libro y es coautor de un libro.

Mtro. Roberto Miguel Corona 

Licenciado y Maestro en Psicología con Residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Profesor de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en el ámbito salud, tradición conductual, cognitivo-conductual e interconductual. Profesor del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, en la Residencia en Medicina Conductual FES-Iztacala. Ponente en el diplomado en Terapia Cognitivo-Conductual en la FES-Iztacala. Principales líneas de investigación: psicología y salud, medicina conductual,

factores psicológicos en población oncológica, adherencia terapéutica, estrés y afrontamiento, formación de terapeutas bajo la terapia cognitivo-conductual.

Dra. Yuma Yoali Pérez Bautista



Licenciada y Doctora en Psicología por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (FESI-UNAM). En su experiencia profesional, laboró en el campo de la investigación de marketing desde una perspectiva psicológica con el empleo de herramientas de retroalimentación biológica, informáticas y tecnológicas. Actualmente, es Técnico académico asociado C Tiempo Completo, adscrita a la División de Investigación y Posgrado de la FESI-UNAM. Su trabajo de investigación se centra en personas sordas usuarias de la lengua de señas mexicana, diseño y evaluación de programas de intervención asistidos por software y promoción de conductas saludables.

Dra. Bertha Ramos Del Río



Licenciada en Psicología por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, ahora Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), Maestra en Psicología General y Experimental con énfasis en Salud por la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad

Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Profesora de Tiempo Completo de la Carrera de Psicología, en el área Psicología Clínica y Salud de la FES-Z, de 2014 a 2016 ocupó la Jefatura de la Carrera de Psicología de la FES-Z. Posee estudios en Terapia cognitivo conductual. Ha publicado artículos en revistas científicas y capítulos de libros sobre temas de psicología clínica y salud. Principales líneas de investigación: estrés y salud; cuidado informal de personas en condición de dependencia; envejecimiento activo; estilo de vida saludable y calidad de vida; psicología hospitalaria; formación de competencias transversales en profesionales de la salud, entre otras.

Mtro. Antonio Rosales Arellano



Licenciado y Maestro en Psicología con residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Profesor de asignatura de la carrera de Psicología ámbito clínico tradición conductual, cognitivo conductual e Interconductual. Colaborador en el proyecto “Factores Psicológicos Asociados con el control del peso corporal”.

Mtra. Diana Salazar Díaz



Licenciada en Psicología con Mención Honorífica por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Psicología con residencia en Medicina Conductual por

la UNAM. Ha participado como ponente en Congresos Nacionales e Internacionales. Participó en la publicación del artículo “Medicina Conductual: trabajo en la clínica del dolor del Hospital Juárez de México”. Ha participado como ponente en 10 cursos, así como en el 4° y 5° Curso Anual para cuidadores de pacientes crónicos del Hospital Juárez de México, Taller de Cómo dar malas noticias y habilidades de comunicación en la relación médico-paciente, Taller de Métodos psicoterapéuticos del dolor, Taller de Control de estrés, ansiedad en médicos residentes, entre otros.

Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes



Licenciada y Maestra en Psicología con residencia en Medicina Conductual por la FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuenta con algunas publicaciones en el área de medicina conductual. Ha sido supervisora *in situ* del Posgrado en Medicina Conductual, con sede en el Hospital Juárez de México. Actualmente, es psicóloga adscrita al servicio de Salud Mental del Hospital Juárez de México, en el que colabora en la atención psicológica de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y sus familiares. También, colabora en la atención psicológica de pacientes hospitalizados con sospecha o diagnóstico confirmado por COVID-19, en dicho nosocomio.

Mtra. María Isabel Vázquez Mata



Licenciada y Maestra en Psicología con residencia en Medicina Conductual por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Docente del posgrado en la Universidad Justo Sierra desde 2011 y actualmente de la Universidad Panamericana. Autora de artículos en revistas como Journal of Behavior, Health & Social Issues, Revista Mexicana de Trasplantes, Revista Mexicana de Investigación en Psicología. Coautora en capítulos de libro sobre enfermedad renal y trasplantes. Miembro del comité de ética de la Secretaría de Salud, de la Sociedad Mexicana de Trasplantes y del Sistema Mexicano de investigación en Psicología. Se ha desempeñado como psicoterapeuta cognitivo conductual en la práctica privada. Ha laborado en instituciones del sector público como coordinadora de donación de órganos y tejidos en diversos hospitales del Instituto Mexicano del Estado del México, procuradora de tejidos en el Banco de Tejidos del Estado de México, Coordinadora Normativa adscrita al Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud.

Mtro. Aarón Villegas Cisneros



Licenciado y Maestro en Psicología con residencia en Medicina Conductual, por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES Iztacala), Universidad Nacional Autónoma de México

(UNAM). Doctorante del posgrado en Psicología y Salud (UNAM). Diplomados en Evaluación psicológica integral, Pruebas psicométricas y Terapia cognitivo conductual, Evaluación educativa, y Sexualidad humana. Cuenta con 9 años de experiencia clínica a nivel privado, ha sido terapeuta conductual de personas con discapacidad intelectual y trastornos psiquiátricos en instituciones privadas. En el área de

la salud, ha colaborado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proporcionando terapia cognitivo-conductual, diseñando y aplicando intervenciones psicoeducativas a pacientes crónico-degenerativos. En el área académica, se ha desempeñado como docente a nivel licenciatura en universidades privadas. Actualmente, es profesor de asignatura en la FES Iztacala (UNAM).

Revisores

Dra. María Luisa Ávalos Latorre

Licenciada en Psicología, Maestra en Ciencias del Comportamiento con opción en Análisis de la Conducta y Doctora en Psicología. Profesor Investigador en el Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, Perfil PRODEP. Co-coordinadora de la Red Nacional de Procesos Psicosociales, Clínica y Salud del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Coordinadora de la Red de Cuerpos Académicos Educación, Salud y Sociedad Sustentable.

Dr. Everardo Camacho Gutiérrez

Licenciado en Psicología por el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Maestro y Doctor en Análisis de la Conducta por el Centro de Estudios e Investigación en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara. Co-coordinador de la Red Nacional de Investigación en Procesos Psicosociales, Clínica y de la Salud, del Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Profesor investigador emérito en el ITESO y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Co-coordinador de los libros *Estrés y Salud*, *Alternativas psicológicas de Intervención en problemas de Salud*, *Autocuidado de la Salud* y *Autocuidado de la Salud II*. Principales líneas de investigación: estrés y comportamiento social.

Qartuppi, S. de R.L. de C.V. está inscrita de forma definitiva en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT) con el número 1600052.

Qartuppi, S. de R.L. de C.V. es miembro activo de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana (CANIEM) con número de registro 3751.

MEDICINA CONDUCTUAL:
Avances y Perspectivas

Esta obra se terminó de producir en julio de 2021.
Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

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



Esta obra se edita bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



***MEDICINA CONDUCTUAL: Avances y Perspectivas** ofrece una visión con la que se pretende proporcionar al lector herramientas que permitan la adecuada evaluación e intervención sobre comportamientos desadaptativos en diversos padecimientos crónico-degenerativos y en distintas etapas del desarrollo del ser humano. Se resalta la importancia del trabajo del psicólogo, particularmente en personas con enfermedad crónica, empleando un modelo de atención multidisciplinaria y ofreciendo distintas estrategias de evaluación e intervención para su uso en el contexto hospitalario y más allá.*



ISBN 978-607-8694-13-6

Qartuppi®

