

Psicología de la salud		
	Ponente	Título
1	Alicia Salvador España	Estrés social y competición: Variables cognitivas.
2	Alicia Krikorian Colombia	Reflexiones en torno al trabajo interdisciplinario en salud y las condiciones para que este se dé de forma exitosa
3	Andrés Barreto Colombia	Esquema conceptual para la comprensión y aproximación al uso y abuso de sustancias psicoactivas
4	Ángela María Orozco y Ruby Osorio Colombia	Las características del dolor, las estrategias de afrontamiento y su relación con la calidad de vida en pacientes con enfermedades reumáticas
5	Augusto Pérez Gómez Colombia	Identidad femenina y drogas
6	Carmen Navia Colombia	Políticas de calidad de la atención en salud: impacto y desafíos para la formación y la atención psicológica en instituciones universitarias de Bogotá
7	Claudia Silva Colombia	Creencias en salud y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación crónica
8	Constanza Londoño Colombia	Optimismo y salud positiva en dos casos colombianos: desmovilizados y estudiantes universitarios
9	Constanza Londoño Colombia	Intervenciones en salud basadas en la evidencia: una situación de responsabilidad social
10	Diana Agudelo Colombia	Aspectos cognitivos en algunas enfermedades médicas: aportes desde la psicología de la salud
11	Elisa Cajigas y Liana Jiménez Colombia	Manejo del proceso de evaluación e intervención en rehabilitación y manejo del dolor en el miembro fantasma del paciente amputado
12	Francisco Santolaya España	Niveles de acreditación del psicólogo en el ámbito de la salud
13	Gloria María Berrío Colombia	Cuidadores: fuente primaria de atención
14	Heather Rogers Estados Unidos	Cardiología comportamental
15	Henry Sánchez Colombia	Heurísticos y sesgos cognitivos en la toma de decisiones respecto a la adopción y/o abandono de la conducta saludable.
16	Ivonne Rodríguez Colombia	El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios
17	Jorge González Colombia	Salud Pública
18	Luis Flórez Alarcón Colombia	Educación para la salud: prevención del consumo excesivo de alcohol
19	Marcela Mosquera y Josefina Paz Colombia	Intervención psicológica en Nefrología Pediátrica: retos y compromisos con la calidad de vida

20	Patricia Hernández Colombia	Protocolo de intervención en obesidad pre-mórbida
21	Rocío Acosta, Maribel Motta, Elisa Cajigas y Liana Jiménez Colombia	Intervención interdisciplinaria en trauma craneocefálico
22	Rodrigo Mazo Colombia	Emociones positivas y salud: una pretensión terapéutica
23	Stefano Vinaccia Colombia	Enfermedad crónica

Alicia Salvador

Catedrática de Psicobiología.

Directora del Departamento de Psicobiología. Universidad de Valencia. España.

Directora de la unidad de investigación Psiconeuroendocrinología del Estrés y su Control.

Coordinadora del nodo de Neurociencia Social Cognitiva de la Red de Neurociencia Cognitiva, de carácter nacional.

Investigadora Principal de proyectos de investigación sobre Competición y estrés, Estrés Social y sus efectos sobre procesos cognitivos.

Miembro de la Comisión Asesora para la Evaluación de la Actividad Investigadora del profesorado y de proyectos de investigación.

Miembro de la Comisión de Doctorado, de la Junta Consultiva y del Consejo de Gobierno de la Universidad de Valencia.

ESTRÉS SOCIAL Y COMPETICIÓN: VARIABLES COGNITIVAS**Conferencia**

Las interacciones sociales constituyen una importante fuente de estrés, pudiendo llegar a ser los estresores de naturaleza social los más comunes. Desde un punto de vista evolucionista, el estrés social es un factor crónico o recurrente cuyo patrón de efectos puede ser cualitativamente diferente del originado por otro tipo de estresores, a nivel conductual y fisiológico. Sus importantes repercusiones patológicas ha llevado a la búsqueda de modelos y situaciones estandarizadas para su estudio. Entre estos modelos destacan las competiciones deportivas y competiciones de laboratorio, cuyo estudio permite avanzar en el reconocimiento de diversos factores cognitivos y emocionales capaces de modular la respuesta de los principales ejes neuroendocrinos implicados en la respuesta de estrés.

La testosterona y el cortisol son hormonas esteroideas estrechamente vinculadas a la conducta social. El estudio del impacto de los encuentros agonísticos sobre las respuestas psicobiológicas contribuye a la comprensión de los efectos de los estresores sociales y de sus vías de acción sobre la salud. Varios estudios de nuestro laboratorio muestran que el patrón e intensidad de la respuesta de estrés depende en buena medida de las expectativas y posibilidades percibidas de control de la situación. El tipo de afrontamiento del sujeto determina su patrón de respuesta al enfrentarse a la competición y a su resultado.

Referencias

- González-Bono, E., Salvador, A., Ricarte, J., Serrano, M.A. and Arnedo, M.T. Testosterone and attribution of successful competition. Aggressive Behavior, 2000, 26, 235-240.
- Serrano, M.A., Salvador, A., González-Bono, E., Sanchís, C. and Suay, F. Hormonal responses to competition. Psicothema, 2000, 12, 3, 440-444.
- Ricarte, J., Salvador, A., Costa, R., Torres, M.J. and Subirats, M. Heart rate and blood pressure responses to a competitive role-playing game. Aggressive Behavior, 2001, 27, 351-359.
- Moya-Albiol, L. y Salvador, A. Empleo de estresores de laboratorio en el estudio de la respuesta psicofisiológica al estrés. Anales de Psicología, 2001, 17, 1, 68-81.
- Carrillo, E., Moya-Albiol, L., González-Bono, E., Salvador, A., Ricarte, J., and Gómez-Amor, J. Gender differences in cardiovascular and electrodermal responses to public speaking task: The role of anxiety and mood states. International Journal of Psychophysiology, 2001, 42, 253-264.
- González-Bono, E., Moya-Albiol, L., Salvador, A., Carrillo, E., Ricarte, J. and Gomez-Amor, J. Anticipatory autonomic response to a public speaking task in women: the role of trait anxiety. Biological Psychology, 2002, 60, 1, 37-49.

- Salvador, A., Suay, F., González-Bono, E. y Serrano, M.A. Anticipatory cortisol, testosterone and psychological responses to judo competition in young men. Psychoneuroendocrinology, 2003, 28, 364-375.
- Gadea, M., Gómez, C., González-Bono, E., Espert, R. & Salvador, A. Increased cortisol and decreased right ear advantage (REA) in dichotic listening following a negative mood induction. Psychoneuroendocrinology, 2005, 30, 129-138.
- Salvador, A. Coping with competitive situations in humans. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2005, 29, 1, 195-205.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G. & Salvador, A. Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. Psicothema, 2005, 17, 2, 205-211.
- Serrano, M.A., Moya-Albiol, L., y Salvador, A. (2008). Una perspectiva psicobiológica en el estudio del estrés. Revista de Psicología General y Aplicada, 61(4), 405-424.
- van der Meij, L., Buunk A.P., van de Sande J.P. & Salvador, A. The presence of a woman increases testosterone in aggressive dominant men. Hormones and Behavior, 2008, 54, 640-644.
- Salvador, A. & Costa, R. Coping with competition: Neuroendocrine responses and cognitive variables. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2009, 33, 2, 160-170.
- Almela, M., Hidalgo, V. Villada, C., Espín, L., Gómez-Amor, J. & Salvador, A. The impact of cortisol reactivity on memory: gender differences in middle-aged persons (sometido).

Alicia Krikorian

Psicóloga - Psicooncóloga

**REFLEXIONES EN TORNO AL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y LAS
CONDICIONES PARA QUE ESTE SE DÉ DE FORMA EXITOSA**

Simposio

El paciente diagnosticado con una enfermedad crónica o que amenaze la vida presenta, a lo largo de su proceso, una serie de cambios que afectan no solo su salud física, sino también su vida cotidiana, su salud mental, las relaciones al interior de la familia, su funcionalidad y aspectos laborales, vocacionales y espirituales, entre otros que suelen retroalimentarse mutuamente. El sufrimiento derivado de la enfermedad entonces no será causado por un solo aspecto ni por la simultaneidad de factores, sino por su sinergia. Por ello, el cuidado del paciente en estas condiciones requiere un manejo por parte de profesionales de diferentes áreas que interactúen generando una evaluación y tratamiento que aborde de forma integrada los múltiples problemas que le afecten. Los modelos biomédicos de abordaje han mostrado su utilidad y efectividad a la hora de diagnosticar y tratar problemas agudos en salud. Sin embargo, resultan insuficientes para dar respuesta a la complejidad implícita en la enfermedad crónica, la cual es de por sí más prevalente en la actualidad y la que afecta de modo más profundo la salud y el bienestar de la población. Los modelos bio-psico-sociales (y más recientemente bio-psico-sociales y espirituales) han surgido con el fin de dar cuenta de dicha complejidad y facilitar herramientas terapéuticas en su abordaje. Estos modelos son mejor aplicados bajo un estilo interdisciplinario de trabajo en equipo, el cual demanda unas estrategias y competencias específicas de los miembros que integran el grupo terapéutico para que se dé de forma exitosa. Estas características y competencias, al mismo tiempo que reflexiones surgidas de la experiencia asistencial de un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos, serán presentadas en la conferencia.

Andrés Barreto*Formación Académica*

Psicoterapia Integradora - Fundación VÉRTICE. Magíster en Psicología Social Comunitaria - Universidad Javeriana. Psicología - Universidad de los Andes.

Experiencia Laboral

Decano de la Facultad de Psicología – Fundación Universitaria San Martín; Coordinador Zonal de Acercamiento – Proyecto 7312 – Atención a Ciudadanos y Ciudadanas Habitantes de Calle – Departamento Administrativo de Bienestar Social – DABS; Asesor Área de Prevención Fundación FUNDAR y Miembro de la Junta Directiva; Profesional de la Subdirección de Prevención y Desarrollo - Dirección Nacional de Estupeficientes. Terapeuta - Manejo de Grupos - Capacitador - Fundación Prometeo. Psicólogo para con población de alta vulnerabilidad - Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá - Unidad Coordinadora de Prevención Integral (UCPI). Coordinador Servicio Telefónico (Drogadicción, SIDA y Suicidio) – Investigador – Terapeuta. Programa LA CASA - Universidad de los Andes - . Profesor, Investigador y Tutor de tesis, en diferentes Universidades.

ESQUEMA CONCEPTUAL PARA LA COMPRENSIÓN Y APROXIMACIÓN AL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**Conferencia**

-sin resumen-

Angela Maria Orozco

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia con especialización en Métodos de Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad Pedagógica de Colombia. Actualmente, directora del Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque, docente en varias especializaciones. Miembro del grupo de investigaciones de Psicología de la Salud, del Deporte y Clínica con categoría C en Colciencias y codirectora de la línea de investigación Enfermedad crónica, dolor y calidad de vida.

Ruby Osorio- Noriega

Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia. Maestría en curso sobre Tratamiento del Dolor, de la Universidad de Salamanca de España y con especialización en Docencia Universitaria de la Universidad el Bosque. Actualmente, se desempeña como docente y directora del Centro de Gestión del Currículo de la Facultad de Psicología de la Universidad el Bosque. Miembro del grupo de investigaciones de Psicología de la Salud, del Deporte y Clínica con categoría C en Colciencias y coordinadora de la línea de investigación Enfermedad crónica, dolor y calidad de vida.

**LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR, LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
REUMÁTICAS
Simposio**

Los objetivos de este estudio fueron determinar la relación entre las características de dolor, las estrategias de afrontamiento y la percepción de la calidad de vida (CV) en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR), osteoartritis (OA) y fibromialgia (FM), y determinar las diferencias entre las características de dolor, las estrategias de afrontamiento (EA) y la percepción de la CV en este grupo de pacientes al comparar dos mediciones realizadas con un intervalo de cuatro meses. El dolor como experiencia compleja, debe estudiarse teniendo en cuenta lo importante que es para la supervivencia del ser humano y es vital como alarma para atender cualquier condición física que pueda afectarla. Cuando el dolor es constante, produce un desequilibrio junto con cambios fisiológicos y mentales capaces de alterar los comportamientos y relaciones sociales normales, haciendo que el paciente dirija la atención hacia sus funciones corporales y a sus molestias sin poder mantener una adecuada relación con los demás, lo que da origen a una sensación de abandono y resentimiento y frustración por los fracasos terapéuticos (Astudillo, Mendiñeta, Astudillo y Gabilondo, 1998). Las EA son los procesos concretos que la persona utiliza en cada contexto, los cuales cambian significativamente dependiendo de las condiciones desencadenantes y el nivel de estrés que este genere en la persona (Fernández, 1998; Soriano y Monsalve, 2002). El afrontamiento es determinante a la hora de evaluar cómo los pacientes asumen la enfermedad crónica de manera positiva, con el fin de poder desarrollar estrategias para controlar los síntomas de la enfermedad (Rodríguez 1995).

En pacientes con enfermedades crónicas, Lazarus y Folkman (1986, citados por Vinaccia y Orozco, 2005a), argumentan que la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, brinda al paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés, permitiendo un manejo más adecuado de su proceso de adaptación. De forma conjunta, el sentimiento de miedo se hace presente a lo largo de la enfermedad; así, cada recaída, visita médica y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento. Después de un lapso, el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad; es en ese momento en donde aparecen los sentimientos depresivos,

luego de entender las consecuencias y condiciones de tener o padecer una enfermedad crónica.

Durante la última década, la CV relacionada con la salud se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. Los profesionales de la salud han aceptado que las variables médicas tradicionales son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitaria, unido a las características de los problemas de salud y al desarrollo de nuevos fármacos y tecnologías. Por tanto, se podría decir que la atención se ha centrado en la calidad del tiempo de vida, dejando de lado la cantidad de vida de los seres humanos (Patrick, 1993). enfermedad”.

Para el presente estudio se contó con un total de 99 pacientes (7,1% hombres; M= 45 años; mujeres 92,9%; M= 54 años), de una institución especializada en enfermedades reumáticas (Bogotá, Colombia). Se utilizaron: la “Escala visual análoga”, el “Cuestionario de dolor McGill” (*McGill Pain Questionnaire*; MPQ; Melzack y Torgenson, 1975), el “Cuestionario de estrategias de afrontamiento” (*Coping Strategy Questionnaire*, CSQ; Rosentiel y Keefe, 1983) validado por Rodríguez, Cano y Blanco (2004) y el “Cuestionario de la calidad de vida en la artritis reumatoide” (*Rheumatoid Arthritis Quality of Life*, QoL-RA; Walley, McKenna, de Jong y van der Heijde, 1997) adaptado al español por Orozco, Osorio, Gómez, Riaño y Téllez (2006).

Se encontró que para las tres enfermedades, cuanto más intenso es el dolor y mayor puntuación en la evaluación afectiva, sensorial y evaluativa, la percepción de la calidad de vida es menor. Las EA difieren de una enfermedad a otra, pero la más empleada es la catastrofización (AR y OA). Aunque no hubo control de variables entre la primera y segunda medición, los pacientes con FM presentaron una mayor intensidad de dolor, mientras que los de AR y OA presentaron mediciones similares (intensidad) a las iniciales. En cuanto a la calidad de vida, un número menor de pacientes, en la segunda medición, mantuvo niveles similares de percepción de la calidad de vida. Estos resultados se consideran interesantes para futuras aproximaciones al manejo integral del paciente crónico.

Referencias

- Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo E. y Gabilondo, S. (1998). Principios básicos para el control del dolor total. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, (6), 29-40.
- Fernández, A. (1998). *Estilos y estrategias de afrontamiento. Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Orozco, A. M., Osorio, R., Gómez, A., Riaño, A., y Téllez, V. (2006). *Las Dimensiones del Dolor y su Relación con la Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Artritis Reumatoide*. [Tesis de grado]. Facultad de Psicología, Universidad El Bosque.
- Patrick, H. (1993). The health related Quality of life. 123-159. Recuperado el 29 de Agosto de 2007 de la base de datos PubMed.
- Rodríguez, F., Blanco, A. y Cano, F. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, (2), p. 82-91.
- Soriano, J., y Monsalve, V. (2002). Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico CAD. *Revista sociedad española de dolor*, 9, 13-22.
- Vinaccia, S. y Orozco, M. (2005a). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125-137.

Augusto Pérez Gómez

Psicólogo, PhD.

Magistrado del Tribunal Nacional Bioético y Deontológico del Colegio Colombiano de Psicólogos.

IDENTIDAD FEMENINA Y DROGAS **Conferencia**

Este estudio examina la relación entre identidad femenina y consumo de drogas. Setenta y seis mujeres de tres grupos de edades (jóvenes, adultas jóvenes y adultas mayores), de tres niveles socioeconómicos (alto, medio y bajo) y tres circunstancias de consumo (consumidoras, no consumidoras y ex consumidoras) fueron entrevistadas sobre seis aspectos: la definición de ser mujer y las diferencias con ser hombre; la autovaloración femenina; los factores que influyen en la construcción de la IF; la evolución de la IF; IF y consumo de drogas; factores protectores y de riesgo. Las entrevistas fueron transcritas y la información manejada a través del programa NQR-6 para datos cualitativos.

Los resultados muestran que las entrevistadas consideran que la mayor parte de los cambios que han ocurrido dentro de la sociedad occidental han mejorado sustancialmente la condición de la mujer; sin embargo, algunos de esos cambios también han incrementado la vulnerabilidad y están asociados al notable aumento del consumo de drogas entre las mujeres. Varios de los factores mencionados no suelen aparecer en los estudios sobre este tema ('mal uso de la libertad', 'abandono de responsabilidades', 'conducta sexual inadecuada') probablemente porque sus autores temen que se les acuse de estar censurando a las mujeres contemporáneas; en este estudio se presentan especialmente las percepciones de las mujeres, no las interpretaciones de los autores.

Se subrayan las posibles temáticas que se podrán profundizar a partir de algunas hipótesis formuladas con base en el análisis de los datos.

Carmen Elvira Navia, Psicóloga – Universidad de Los Andes, M.A.-Assumption College
Carolina Beltrán, Psicóloga–Universidad Nacional de Colombia, M.Sc., Universidad Distrital
Erika Margarita Arias, Psicóloga y M.Sc.–Universidad Nacional de Colombia.

Se desempeñan como Directora, Coordinadora de Proyectos y Coordinadora de Evaluación del S.A.P. respectivamente.

**POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: IMPACTO Y DESAFÍOS PARA
 LA FORMACIÓN Y LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS
 DE BOGOTÁ
 Simposio**

El desarrollo de políticas de calidad, iniciado hace cuatro años con la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) (decreto 1011 de 2006), ha generado una serie de cambios en las prácticas de formación y atención a consultantes que solicitan atención psicológica. El SOGCS busca garantizar el acceso a la atención, optimizar el uso de los recursos y exigir la aplicación de metodologías que permitan incrementar los resultados favorables y disminuir los riesgos asociados a la atención. Para promover y garantizar el desarrollo de procesos de calidad, el SOGCS estableció cuatro componentes: 1. El sistema único de habilitación, 2. La auditoria para el mejoramiento de la calidad, 3. El sistema único de acreditación y 4. El sistema de información para la calidad. Con el propósito de adecuar la normatividad a las particularidades de la práctica psicológica, los centros que conforman la red ISUAP¹ precisaron unos criterios de evaluación y realizaron una evaluación mediante pares.

Los estándares de calidad estipulados por la normatividad tienen una serie de supuestos sobre los procesos de salud y enfermedad, la calidad de la atención en salud, la noción misma de tratamiento y de lo que se considera soporte empírico válido, supuestos que nos confrontan de nuevo con temas largamente debatidos en la psicología como lo son su naturaleza científica, la noción de enfermedad mental, la psicoterapia como arte o ciencia y el cambio psicológico, entre otros. En diferente medida, para los servicios universitarios de atención psicológica el proceso auto evaluación ha implicado retomar algunos de estos temas desde la praxis psicológica y replantear aspectos de la formación.

Con el propósito de conocer las implicaciones del proceso de habilitación y la normatividad de calidad, se realizaron entrevistas con los directores de los servicios universitarios de atención psicológica de la ciudad de Bogotá y con algunos psicólogos que trabajan como adscritos en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional. Nos interesaba establecer el impacto sobre la prestación del servicio y en la formación de los estudiantes, así como conocer las reacciones suscitadas por el estándar denominado “procesos prioritarios asistenciales”, en particular en lo referido a las guías clínicas y la formulación de éstas basadas en tratamientos empíricamente soportados. Elegimos este estándar por ser el que más implicaciones tiene para los centros que prestan atención en la modalidad docencia-servicio.

El análisis de las entrevistas nos indica que el debate sobre el uso de tratamientos empíricamente soportados (TES) y lo que se considera como evidencia empírica esta a la

¹ La Red ISUAP, esta conformada primordialmente por las Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a Facultades de Psicología de la ciudad de Bogotá D.C, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios entorno a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.

orden del día. Si bien hay un acuerdo sobre la necesidad de dar soporte empírico a los tratamientos que se ofrecen y en cuanto la posibilidad de establecer parámetros de atención, se encuentran diversas posiciones respecto a la exigencia de establecer guías clínicas para las 10 patologías que constituyen los motivos primordiales de consulta. Para algunos la práctica psicoterapéutica no puede reducirse a la aplicación de manuales mientras que otros consideran a los TES como garantía de calidad y buen servicio. De la mano de lo anterior, hay quienes consideran que se maneja una noción de salud centrada en el modelo médico de enfermedad, haciendo gran énfasis sobre el tratamiento, la cura y la rehabilitación. Poco aparecen nociones como bienestar, prevención y promoción, al igual que factores como cultura, relación terapéutica, motivación, expectativas y otras variables que en psicoterapia se conocen como factores comunes (Garfield, 1995; Rosenzweig, 2002, Lampropoulos, 2001; Wampold, 2001).

En lo referente al servicio, las exigencias de calidad han permitido visibilizar al consultante y los procedimientos que se realizan. Los psicólogos se ven obligados a dar cuenta de lo que sucede en el consultorio, determinar los beneficios y riesgos de sus intervenciones, así como apoyarlas empíricamente y teóricamente.

Sin duda, la política de calidad también ha impactado los programas de formación a nivel de la práctica; ha implicado reflexionar sobre las estrategias y técnicas de la supervisión, sobre el contenido de la historia clínica, sobre la evaluación de la práctica, sobre los aspectos clínico-administrativos y el concepto mismo de calidad aplicado a la atención psicológica.

Aunque se le reconocen las bondades a la gestión de calidad, a todos nos resulta claro y evidente que la normatividad no contempla las particularidades de la práctica psicológica. Los psicólogos se sienten desconocidos por unas reglas que no toman en cuenta las particularidades de nuestra ciencia y profesión.

La experiencia y opiniones de quienes han realizado este proceso de habilitación y acreditación de la calidad nos permiten concluir que tenemos varios retos por delante: visibilizar la práctica psicológica mediante una producción científica que tenga impacto sobre las políticas públicas; promover la investigación e integrarla a los procesos asistenciales para que podamos ofrecer evidencia suficiente y relevante a nuestro medio y reflexionar sobre la práctica de la psicología a la luz de los temas con los que nos ha confrontado la política de calidad.

Referencias

- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685 – 716.
- Garfield, S.L. (1995). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. N.Y.: John Wiley & Sons, Inc.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Common processes of change in psychotherapy and seven other social interactions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 29, 1, 21-33.
- Rosenzweig, S. (2002). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 1, 5-9.
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de Abril de 2006. Diario Oficial 46.230. Bogotá, Colombia
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006. Bogotá, Colombia
- Norcross, J. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychological Bulletin*, 38, 4, 345-356.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate – Models, methods, and findings*. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

Claudia Susana Silva Fernández, Colombiana, Psicóloga Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Diplomado internacional en la línea de psicología de la salud, certificado por Aula Psicológica. Ha trabajado en investigación, vinculada al proyecto: “Validación del cuestionario de depresión estado/rasgo (ST/DEP)”, del cual los resultados se han presentado en el Cuarto Encuentro Departamental de Semilleros de Investigación y Décimo Encuentro Nacional y Cuarto Internacional de Semilleros de Investigación, en el año 2007. Tiene una experiencia laboral de año y medio con pacientes cardiovasculares de la Fundación Cardiovascular de Colombia, a partir del cual se generan los resultados que se presentan en este trabajo.

Diana María Agudelo Vélez, Colombiana, Ps. U de A, Especialista en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla; PhD. Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Granada, España. Docente e investigadora de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia, Directora del Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud, categoría B de Colciencias.

CREENCIAS EN SALUD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

Simposio

La enfermedad cardiovascular se considera como una de las principales causas de morbi-mortalidad mundial, especialmente en los países desarrollados (Rozo et al., 1999; Brannon y Feist, 2001; Remor, Arranz Ulla, 2003; Oblitas, 2004 y; Castillero, 2007; Pineda, 2008). Ante ello, los organismos en salud han comenzado a centrar su interés en la prevención e intervención de dicha patología, siendo prevalente el modelo médico, debido a los diferentes factores de riesgo biológicos que se le han asociado (Rodríguez, 1998; Rozo et al., 1999; Lameiras y Failde, 2000; Pineda, 2008). Sin embargo, se han hallado otro tipo de variables no biológicas que pueden llegar a influir en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y sus estados agudos, por ejemplo los psicológicos, los cuales se pueden resumir en cuatro grandes grupos. El primero incluye los estímulos ambientales estresantes, específicamente aquellas situaciones donde predominan la falta de autocontrol, la alta demanda, el bajo apoyo social y la poca capacidad de decisión, (Remor, Arranz y Ulla, 2003; Palmero, Gómez, Guerrero, Carpi, Díez y Diago, 2007; Laham, 2008).

La segunda categoría se refiere a las características personales, entre ellas el estilo de afrontamiento pasivo, la baja percepción de control, el patrón de conducta tipo A y la personalidad tipo D (Remor, Arranz y Ulla, 2003; Guerrero y Palmero, 2006; Palmero et al., 2007; Laham, 2008; Richard's y Solanas, 2008). El tercer grupo refiere a las conductas patógenas, tales como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y la dieta rica en grasas saturadas y colesterol (Lameiras y Fialde, 2000). La última categoría incluye los trastornos emocionales asociados, entre ellos la depresión y la ansiedad (Rozo et al., 1999; Lameiras y Failde, 2000; Oblitas, 2004).

De acuerdo con lo anterior, el estudio se dirigió a identificar las creencias en la salud y las estrategias de afrontamiento predictoras de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos en rehabilitación cardiovascular. Para ello se aplicaron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), el Cuestionario de Creencias sobre la Enfermedad (IBQ) y el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud SF-36, a una muestra de 80 pacientes (55 hombres y 25 mujeres respectivamente) asistentes al programa de rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, con una media de edad de 59.09 años. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

Se trata de un estudio Ex post facto de tipo retrospectivo simple (Montero y León, 2007). Los resultados aportan a la delimitación de las características de los enfermos cardiovasculares relevantes para el campo de la prevención y la promoción. Entre estas, el alto empleo de estrategias de afrontamiento de tipo pasivo, especialmente la baja solución de problemas y la evitación tanto cognitiva como emocional, se relacionan con una baja calidad de vida. Asimismo, la religión, se presentó como un factor protector en la enfermedad cardiovascular. La muestra evaluada evidenció, a través de la valoración de las creencias sobre la enfermedad, alta vulnerabilidad y pérdida de control, factores que pueden influir en una baja adherencia al tratamiento. También, se halló que predominan características de la personalidad tipo D como la afectividad negativa y la inhibición social; además, la irritabilidad fue una de las variables de menor prevalencia, contrario a lo anunciado por estudios previos. A nivel general los sujetos demostraron presentar un alto nivel de calidad de vida, aunque ello se puede explicar debido a la asistencia al programa de rehabilitación cardiovascular, en el que determinadas variables ya han sido intervenidas, por lo que se recomienda realizar estudios comparativos con pacientes que no se encuentren en el programa.

Referencias

- Brannon, L. & Feist, J., (2001). *Psicología de la Salud*, Traducido por Mariana Díaz, Ed. Paraninfo (Thomson Learning), España.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en psicología latinoamericana. Comportamiento y enfermedad*, Vól 25(1), 52-63.
- Guerrero, C. y Palmero, F. (2006). Percepción de control y respuestas cardiovasculares. *International Journal o Clinical and Health Psychology*, Vól 6 (1), 145-168.
- Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma Psicológica*, Vól 15(1), 143-170.
- Lameiras, M. & Fálde, J., (2000). *La Psicología Clínica y de la Salud en el Siglo XXI. Posibilidades y Retos*. Ed. Dykinson, España.
- Montero, I. & León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Oblitas, L. (2004), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, Ed. Thomson, México.
- Palmero, F., Díez, J., Diago, J., Moreno, J. & Oblitas, L. (2007) Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. *Suma Psicológica*. Vol. 14 (1), 23-50.
- Palmero, F., Gómez, C., Guerrero, C., Carpi, A., Díez, J. & Diago, J. (2007). Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. *Avances en psicología latinoamericana. Comportameinto y enfemedad*, Vól 25(1), 22-43.
- Pineda, C. (2008). Síndrome metabólico: definición, historia, criterios. *Colombia Médica*, 39 (1), 96-106.
- Remor, E., Arranz, P. & Ulla, S. (2003), *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Ed. Desclée De Brouwer, España.
- Richard's, M. y Solanas, A. (2008). Millon's personality model and ischemic cardiovascular acute episodes: profiles of risk in a decision tree. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vól 8(2), 437-450.
- Rodríguez, G. (1998). *La psicología de la salud en America Latina*. Facultad de Psicología UNAM, México.
- Rozo, R., Merchán, A., Calderón, J., Blanco, M., Pineda, M., Charria, D. & Vélez, S. (1999). *Epidemiología de la enfermedad cardiovascular*. Sociedad Colombiana de Cardiología. (1ra Edición). Colombia.

Constanza Londoño

Colombiana

Psicóloga- Magister en psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

Coordinadora Postgrados Facultad de Psicología- Universidad Católica de Colombia y

Directora Ejecutiva de la División en Psicología de la Salud del Colegio Colombiano de

Psicólogos.

OPTIMISMO Y SALUD POSITIVA EN DOS CASOS COLOMBIANOS: DESMOVILIZADOS Y ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**Simposio**

En la ponencia se presentan dos estudios realizados con población colombiana, uno con personas en proceso de desmovilización y búsqueda de inclusión social y laboral; el otro con estudiantes universitarios en el inicio de su carrera; ambos para determinar cómo variables positivas como optimismo, satisfacción, calidad de vida, espiritualidad, conducta prosocial, competencia social y salud inflúan en el proceso de adaptación.

Marcela Velasco y Constanza Londoño Pérez

Estudio 1: era descriptivo correlacional, tenía como objetivo analizar si variables como la calidad de vida, el optimismo disposicional, la percepción sobre el estado de salud, las redes de apoyo, la situación jurídica y las características militares estaban asociadas a la permanencia en el programa de reintegración social en un grupo de 60 desmovilizados hombres y mujeres entre los 21 y 57 años, participantes del programa la Alta Conserjería para la Reintegración Social y Económica de personas y grupos alzados en armas. Para medir optimismo se usó la Escala de Optimismo Disposicional (Londoño 2007), para medir calidad de vida en sus dimensiones se usaron la Escala Análoga de Calidad de Vida Subjetiva y una tabla de registro sobre la Calidad de Vida Objetiva, las otras variables se evaluaron a partir del diligenciamiento de un formato general de entrevista semiestructurada. La recolección de información se realizó en aplicación individual de los instrumentos durante una visita domiciliaria hecha por el profesional de apoyo. Se concluye que las variables asociadas al tiempo de permanencia en el programa son el tipo de desmovilización, la tenencia de documentos de identificación, las creencias religiosas y el pesimismo. Se analizan los alcances de los resultados obtenidos y sus limitaciones.

Constanza Londoño Pérez, Ivonne Alejo y Diana Pulido

Estudio 2: El objetivo de la investigación era identificar el papel del optimismo y la salud positiva como predictores del nivel de adaptación de jóvenes que ingresan a la universidad. La muestra, conformada por 77 estudiantes de ambos géneros, con edades entre los 17 y 26 años de edad, corresponde al total de los que ingresaron durante el primer periodo académico de 2005, a la jornada diurna del primer semestre de psicología de una universidad privada. Los instrumentos utilizados son el Test de Orientación Vital LOT, la Escala de Optimismo de Seligman, el Cuestionario de Salud Mental Positiva, la Escala de Satisfacción General, y una ficha de registro de información académica. Todos estos fueron aplicados en dos momentos: el primero, al ingreso de los estudiantes, y el segundo, dos años más tarde. Se realizó un análisis multivariado para determinar el nivel predictivo de cada una de las variables y de su interacción sobre la adaptación. Los resultados muestran que el optimismo es determinante no sólo de la permanencia, sino que además predice la cancelación y repetición de asignaturas, ambas consideradas señales de riesgo para la deserción.

Finalmente se discuten la importancia de desarrollar instrumentos para facilitar el desarrollo de nuevas investigaciones en el tema e identificar qué influyen en el desarrollo de formas de afrontamiento positivo y optimistas.

Constanza Londoño

Colombiana

Psicóloga- Magister en psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

Coordinadora Postgrados Facultad de Psicología- Universidad Católica de Colombia y

Directora Ejecutiva de la División en Psicología de la Salud del Colegio Colombiano de

Psicólogos.

INTERVENCIONES EN SALUD BASADAS EN LA EVIDENCIA: UNA SITUACIÓN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL**Simposio**

La discusión respecto de la importancia de dar soporte empírico o basar en la evidencia las intervenciones ofrecidas por los psicólogos a sus usuarios, con el compromiso de ayudarlos a afrontar más efectivamente las dificultades su vida y de facilitar la adquisición de habilidades para vivir, definitivamente no es un asunto que pueda reducirse a la oposición entre enfoques, formas de producir conocimiento o posturas epistemológicas; este es un asunto que trasciende hasta la discusión acerca de la responsabilidad social, moral y ética que tiene el psicólogo sobre la garantía que debe dar a las personas objeto de sus intervenciones de que sus acciones no solo resultan benéficas sino que además no tienen efectos iatrogénicos o estos han sido controlados. La garantía de contar con evidencia de que las intervenciones desarrolladas tienen el efecto esperado y se sabe cómo y porque funcionan, permite al usuario tomar decisiones bajo conocimiento; no obstante, en la mayor parte de las intervenciones no se ofrece a este la posibilidad de participar en la toma de decisiones, ya que es el psicólogo quien define, sin mayor consulta, qué hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo. Todo desde la perspectiva en la que el profesional tiene el poder de decidir sobre sus usuarios, pues éste tiene el conocimiento; por ello no orienta ni consulta al usuario acerca de las múltiples opciones existentes y de los hallazgos que muestran los verdaderos alcances de las diferentes propuestas de intervención existentes, sino que de entrada asume una postura y le dosifica la que él a priori considera como mejor, por la que ha optado en su formación, sin que el paciente pueda saber si existen otras opciones que hayan resultado más benéficas, menos costosas, es decir más efectivas y eficientes.

Se debe insistir en la toma de una decisión orientada, en la que el usuario conozca los verdaderos alcances de la opción de intervención ofrecida por el psicólogo, de los costos de las mismas y de los posibles efectos secundarios, para ello debe existir una actitud abierta de parte de los profesionales, que vaya más allá del celo por defender uno u otro enfoque. Problema que resulta ser más importante en las discusiones académicas disciplinares que en la vida del paciente y su derecho a recibir intervenciones que potencien sus bienestar.

Bajo la visión de responsabilidad social el psicólogo, desde la ley 1090, éste debe actuar con base en el respeto por los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de las personas y de la sociedad. Sin perder de vista que tiene un compromiso social referido a la producción de conocimiento y desarrollo de técnicas y procedimientos para crear contribuir al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad. Y su cumplimiento ya no depende de que el profesional voluntariamente decida asumir la responsabilidad de buscar el mayor beneficio de los usuarios, pues hace parte de la ley y de los principios éticos que rigen a la profesión. Así la responsabilidad social implica la búsqueda activa y permanente del beneficio, y la evitación activa del daño; y se basa en la utilización de intervenciones de comprobada eficacia, de la identificación de los medios para hacerlo, de la búsqueda de la mejor evidencia (la más consistente), de la diferenciación del tipo de poblaciones a las que le resulta benéfica la intervención, el tamaño del avance y la dosificación.

Adicionalmente es un acto de responsabilidad social del gremio el incluirse en la discusión sobre la inclusión de la intervención psicológica en clínica y salud en el sistema de salud que garantice la cualificación de los profesionales involucrados, la cobertura total de las intervenciones requeridas de acuerdo con las problemáticas abordadas, la línea de decisión entre el tratamiento psicológico y el tratamiento farmacológico, sin que prime el farmacológico por creerse que es el más efectivo y eficaz. Para discutir estos aspectos debemos trabajar en el desarrollo y soporte de guías de manejo y protocolos de intervención, en la sistematización de intervenciones efectivas existentes, en la participación en las discusiones en torno a los sistemas y servicios en salud; en abrir más oportunidades de cualificación profesional en el campo de la salud ya que esta tiene que ver directamente con la responsabilidad social del profesional en la que debe garantizar que está capacitado para hacer lo que hace, conoce la técnica y sabe cómo lo hace, y que tiene sin lugar a dudas las competencias requeridas para hacerlo.

Diana Agudelo

Colombiana, Ps. U de A, Especialista en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla; PhD. Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Granada, España. Docente e investigadora de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia, Directora del Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud, categoría B de Colciencias.

ASPECTOS COGNITIVOS EN ALGUNAS ENFERMEDADES MÉDICAS: APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El surgimiento de la psicología de la salud está enmarcado dentro del reconocimiento de la existencia de factores psicológicos incidentes de manera importante en las enfermedades físicas, siendo la medicina conductual y la intervención psicosomática dos paradigmas importantes para explicar los alcances de esta rama de la Psicología. Los desarrollos más relevantes se han venido realizando en el área de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial y las enfermedades coronarias, el cáncer, el VIH-SIDA, la insuficiencia renal y el asma. Sin embargo, otros estudios se han venido llevando a cabo en el área de la promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo frente a la enfermedad. Este desarrollo en Colombia ha sido similar al alcanzado en otros países del entorno, como bien lo señala Flórez (2006), mostrándose un incremento importante en los últimos años en los trabajos en esta línea, lo cual ha ido de la mano del aumento también de los grupos e investigación registrados en Colciencias, cuyas temáticas de interés se acercan a estos planteamientos.

El objetivo del presente trabajo es presentar los desarrollos adelantados por el grupo de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, alrededor de temáticas sobre problemas de salud y el impacto sobre ellos de factores cognitivos como las estrategias de afrontamiento, los esquemas maladaptativos tempranos, las creencias irracionales y los pensamientos automáticos. Se presentan de manera general, los resultados de las investigaciones más relevantes en la línea de salud, desarrollados desde la UPB en los últimos 4 años, indicando el impacto local, regional, nacional e internacional de los resultados de dichos trabajos, mostrando el efecto del trabajo desde el grupo de investigación y la vinculación efectiva de los estudiantes en los semilleros de investigación, tanto en el pregrado como en la Especialización en Psicología Clínica.

Referencias

Florez, L. (2006). La psicología de la Salud en Colombia, *Universitas Psychologica*, 5, 681-693.

Elisa Fernanda Cajigas Plata

Psicóloga

Universidad South Florida

Mg. Psicología clínica Universidad de Granada

Liana Milena Jiménez Franco

Psicóloga

Universidad Católica de Colombia

Esp. Psicología Clínica Universidad Católica de Colombia

Bogotá -Colombia Hospital Militar Central

**GUÍA DE MANEJO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN EL
PACIENTE AMPUTADO****Simposio****Objetivo general**

Presentar una guía de manejo en rehabilitación del paciente amputado en el Hospital Militar Central, con el fin de que los participantes adquieran estrategias de intervención en esta población.

Objetivos específicos:

1. Conceptualizar los términos dolor y sensación de miembro fantasma.
2. Brindar adecuadas estrategias de evaluación que permitan llevar a cabo un tratamiento eficaz.
3. Conocer el proceso de intervención en los pacientes amputados del Hospital Militar Central.

La American Psychological Association (APA) definió en 1994 la psicología de la rehabilitación como “el estudio y aplicación de principios psicosociales al comportamiento de las personas que sufren una discapacidad física, cognitiva, del desarrollo o emocional”. (Remor 2003)

La amputación es una de las tantas discapacidades físicas que afecta a los individuos no solamente en el plano social, sino también y en gran medida, en el plano emocional, y en las habilidades de relación del sujeto que la padece (Jaramillo, 1995). Representa una triple pérdida, sensación, función y de imagen corporal, además un 80% de los amputados presenta dolor de la zona amputada y de miembro fantasma, por lo tanto el trabajo interdisciplinario debe darse en un equipo coordinado, que mejore la eficacia y oriente el conocimiento recíproco de los roles que desempeñan los diferentes profesionales del equipo asistencial para facilitar la comprensión mutua y establecer alianzas de trabajo.

Es importante distinguir dos términos: Sensación de miembro fantasma, es una percepción no dolorosa de la presencia continuada del miembro amputado (Melzack 1992) y el dolor de miembro fantasma es una sensación dolorosa originada en la porción amputada de la extremidad. (Jensen 1983)

El análisis de los aspectos psicológicos de la conducta del amputado sugiere que se analicen tres canales, de acuerdo con lo establecido por Fishman: a) .Las experiencias y problemas reales con los cuales tropieza el individuo como resultado de la amputación. b).La variedad de formas con que el paciente reacciona a estos estímulos, los tipos de conducta que despliega y las introspecciones del paciente concernientes a su incapacidad. c). La discusión concierne a la identificación de aquellos procesos que clarifican las relaciones entre las experiencias objetivas asociadas con la amputación y el resultado de las respuestas de la conducta.

Al realizar la evaluación tanto del proceso de la amputación como del manejo del dolor, se deben tener en cuenta las variables que influyen en el impacto emocional, dentro de las variables psicosociales encontramos la edad, el estilo de personalidad, el desarrollo de estrategias, la familia, las redes sociales de apoyo en la comunidad, los factores vocacionales y económicos y la posición dentro de las fuerzas militares. Y en las variables médicas encontramos la salud, las razones de la amputación y los niveles de amputación. (Browker, 1992).

Los sentimientos que puede manifestar el paciente amputado son de miedo, abatimiento, rechazo o negación, ira o irritabilidad, tristeza o aflicción, ansiedad y estrés, pérdida de la autoestima o confianza en sí mismo, percepción de la incapacidad, frustración, sentimientos de aceptación y esperanza. Y las respuestas emocionales pueden ser intervenidas mediante técnicas con enfoque cognitivo – conductual: autocontrol, habilidades sociales, manejo de estrés, comunicación, refuerzo positivo y estrategias de afrontamiento; la relajación para manejar la ansiedad, control del dolor, reorganización del esquema corporal y adaptación a la prótesis, además se desarrolla la intervención con el grupo familiar y los grupos terapéuticos. (Devis, 2001)

El proceso de intervención se da en todas y cada una de las etapas por las que debe pasar un paciente: en la fase pre quirúrgica los pacientes que cuentan con una preparación para la amputación y tienen un menor grado de nivel de esta tienden a tener un mejor afrontamiento. Si en el post operatorio inmediato se presenta dolor o un proceso de infección, suele desencadenarse ira en los individuos. Además se observa que si el proceso de protetización se demora, los pacientes pueden generar sentimientos de tristeza y ansiedad que afectan su autoestima. (Browker, 1992).

La intervención psicológica durante todo el proceso ayuda a afrontar la pérdida, crear adherencia al tratamiento, mejorar la autoestima, para así poder adaptarse a la nueva situación. Se debe ayudar al paciente a clarificar y corregir sus percepciones, entender los puntos importantes del proceso de rehabilitación, lo que puede esperar en el futuro, y lo que debe aprender para vivir bien con la prótesis. Por medio de un consejo vocacional apropiado, y de la ayuda de encontrar un empleo, puede reducirse la inseguridad asociada al reemplazo y aprender a aceptarse a sí mismo, y por lo tanto, las actitudes de los demás. El éxito de una rehabilitación no debe ser medido en el retorno de un trabajo que le produzca, si no del desarrollo de habilidades con las que se sienta satisfecho. (Ruano, 1999)

El soporte familiar es indispensable en todo el proceso, la buena disposición y ayuda tanto desde el punto de vista físico como psicológico van a contribuir a mejorar el estado anímico del paciente y a sacar el máximo rendimiento funcional de la prótesis. (Serra, 2001)

Referencias

- Browker, J & Michael, J (1992). *Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic, and rehabilitation principles*. Ed Mosloy Year Book.
- Devis, C. & Perez, M. (2001). *Convierta los problemas en oportunidades*. Bogotá D.C.: Editorial Panamericana.
- Fishman, J & Garret (2006) *Amputation Psychological Practices with the Physically Disabled* editado por J. publicado por Columbia University
- Jaramillo, A, & Romero, C. (1995). *Características psicosociales del paciente con amputación traumática*. Tesis: Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Bogotá D. C.
- Jensen TS, et al. (1985) Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: Incidence, clinical characteristics and relationship to pre-amputation limb pain. *Pain* 21: 268-78.
- Melzack R. (1992) Phantom limbs. *Sci Am* 266: 120-126.
- Remor, E., Arraz, P. & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brower.

Ruano, A. & Muñoz, J. (1999). *Psicología de la rehabilitación*. Madrid: Editorial MAPFRE.

Serra, M. (2001). *El paciente amputado: labor de equipo*. Barcelona: Editorial Springer.

Sherman RA. Phantom Pain. (1997) NewYork: Plenum Press

Francisco Santolaya

Títulos:

- Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación.-Sección Psicología. Universidad de Valencia, año 1982.
- Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Marzo 1998. Ministerio de Educación y Cultura.
- Doctor en Psicología. Universidad de Valencia, año 2000.
- Especialista en Psicoterapia por la Federación Europea de Asociaciones de Psicología. 2008.

Cargos:

- Decano-Presidente del Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Presidente del Consejo General de Colegios de España.
- Presidente de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología.

NIVELES DE ACREDITACIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Conferencia

Las implicaciones profesionales para el ejercicio de la psicología de la salud en España, así como para el resto de los países de la Unión Europea, a raíz del acuerdo de los Ministerios de Educación de la Unión Europea en 1999, conocido como La Declaración de Bolonia, son de diversa índole. El propósito de iniciar un proceso de convergencia en todo el espacio europeo tanto en la estructura como en los contenidos de los estudios universitarios, para facilitar el intercambio de los titulados y el libre ejercicio de la profesión, adaptándolos a las demandas y necesidades sociales del siglo XXI, está produciendo importantes cambios en los sistemas de formación y acreditación que se están desarrollando dentro del espacio común europeo en la psicología de la salud y la psicoterapia. En la conferencia se expondrán ejemplos de intervenciones profesionales y de formación que permitan ilustrar cómo dichos niveles y procesos de acreditación pueden incidir positivamente tanto en los usuarios de los servicios como en los profesionales en formación, así como las principales variables que pueden incidir negativamente en la buena evolución de dichos procesos. Se concluirá planteando algunas formas en que este camino iniciado en España puede ser útil para otros países de Hispanoamérica.

Referencias

- Berdullas Temes, M. (2009). *La Psicoterapia en Europa y en España, situación Actual y certificado de acreditación COP/EFPA*. Documento del Consejo General de Colegios de Psicólogos de España, Madrid
- Buela-Casal, G. (2002). *Situación actual de la Psicología de la Salud en España*. Ponencia en el Simposio Psicología de la Salud en Iberoamérica, III Congreso Iberoamericano de Psicología, Bogotá, Julio.
- Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica (CNEPS). Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009) Programa de la Especialidad de Psicología Clínica.
- Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica (CNEPS). Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003) Programa de la Especialidad de Psicología Clínica de 21 de marzo.
- Fernández Hermida, J. R.; Chancón, F.; Santolaya Ochoa, F.J. *Valoración de los planes de estudios conducentes a la obtención de los títulos oficiales de master en psicología de la salud*. Documento del Consejo General de Colegios de Psicólogos de España, Madrid

CUIDADORES: FUENTE PRIMARIA DE ATENCIÓN

Simposio

Con el incremento de la población mundial, especialmente de las personas con enfermedades crónicas discapacitantes y con demencias, y con el aumento de los costos de los cuidados de la salud, se eleva la cantidad de personas que asumen el papel de cuidadores informales que no reciben contraprestación económica por dicha labor. Estos cuidadores generalmente son familiares y asumen su papel de cuidadores como una forma de vida y no como un papel colateral, dedican gran parte de su tiempo diario, de su motivación y de su energía en dar respuesta a las demandas de cuidado de su familiar enfermo, y por ello se olvidan de identificar y satisfacer sus propias necesidades lo cual hace que progresivamente se vea disminuida su autonomía personal, con consecuencias físicas y emocionales que deterioran su calidad de vida (Barrera, Pinto, y Sánchez, 2007). La asistencia de familiares lejanos, de vecinos y de la comunidad en general es breve, esporádica y periférica en tanto que el cuidado de los familiares cercanos tiende a ser continua y central.

Los profesionales de la salud están entrenados para el manejo de estas problemáticas pero son los familiares, usualmente sin un entrenamiento previo, quienes conviven con los pacientes y asumen la responsabilidad de su cuidado diario lo cual altera su diario vivir y por consiguiente su proyecto de vida, esto redundando en estrés crónico y sus consecuencias: enfermedades físicas, fatiga, distracción, falta de concentración, incremento de los accidentes, baja productividad, y alteraciones emocionales como ansiedad, enojo, culpa, depresión, aislamiento y abuso de sustancias (Quevedo, Herrera, Guerra Rubio y Padilla, 2009). Se ha demostrado que hay una relación positiva entre la sobrecarga y la ingesta por parte del cuidador de calmante y alto consumo de cigarrillo como una forma de aliviar el estrés que surge de un peso que siente que lo esclaviza más que lo que la enfermedad esclaviza al enfermo. (Dejo Vásquez, 2007).

El estrés es un concepto complejo y abarcador de fenómenos, su presencia crónica puede dar paso al síndrome de *burn out* o *estar quemado*, término propuesto en 1982 por la Dra. Maslach para describir la respuesta al estrés laboral crónico, en este caso de familiares desgastados emocional y físicamente con el proceso de dependencia de su ser querido, y se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y percepción de incompetencia o incapacidad para responder (Maslach y Schaufeli, 1993). El tipo de afrontamiento que se emplee frente a los estresores crónicos va a influir significativamente en la calidad de vida del cuidador y lo puede acercar o alejar del síndrome de *estar quemado* y de las demás consecuencias psicofisiológicas.

El afrontamiento es un proceso que ha desplegado un amplio interés científico y es considerado el principal recurso para dar respuesta a los estresores primarios (derivados de la enfermedad o de la situación estresante en si misma) o secundarios (relacionados con tensiones del papel de cuidador y tensiones intrapsíquicas del cuidador) y para disminuir las consecuencias negativas. Es definido por Lazarus y Folkman, citado por Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes, (2008), como una relación particular entre la persona y el entorno que la persona considera exigente y que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar. El afrontamiento permite manejar la situación generadora de estrés, manejar el significado de amenaza que representa la situación o manejar los síntomas de estrés que son producto de la situación.

Wilson Astudillo A. y Carmen Mendinueta (s.f) establecen las siguientes 8 necesidades del cuidador de enfermos crónicos:

- Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución
- Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad
- Saber organizarse
- Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de otros miembros de la familia de compartir el cuidado
- Conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntariado, servicios de bienestar social: ingresos de respiro, ayudas institucionales de cuidadores por horas...)
- Mantener, si es posible, sus actividades habituales
- Cuidarse física, emocional y espiritualmente
- Planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido

Los cuidadores son una fuente valiosa de información para el sistema de salud puesto que ellos conviven con el paciente y poseen la historia biográfica y el conocimiento directo de las dificultades y respuestas emocionales, y por consiguiente pueden aportar datos relevantes para la planificación del tratamiento y para la evaluación de la evolución del caso. Son los cuidadores quienes brindan la atención directa al paciente y asumen un importante papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión del grupo familiar (Berrío y Forero, 1993). Adicionalmente su ayuda permanente, intensa y de larga duración reduce los costos del Sistema de Salud al evitar la institucionalización de estas personas. Esta ventaja económica es clara siempre y cuando las consecuencias para su bienestar físico y mental derivadas del papel de cuidador no los conviertan a ellos a su vez en pacientes al verse avocados a limitar su desarrollo y autorrealización personal. Se constituyen los cuidadores, por lo tanto, en objetivos en si mismos de la atención comunitaria y de salud.

Referencias

- Astudillo, W. & Mendinueta, C. (s.f.) Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzcoa. Disponible en: <http://www.sovpal.org/archivos/7>
- Barrera, L., Pinto, L. & Sánchez, B. (2007). Red de investigadores en cuidado a cuidadores de pacientes crónicos. *Aquichan*, 7, p. 199 - 206
- Berrío Acosta, G. M. & Forero Salcedo, S. E. (1993). *Programa grupo de apoyo para familiares de personas con demencias*: Bogotá: Manual de uso interno Hospital Militar Central
- Dejo Vásquez, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Revista Avances en psicología latinoamericana*, 25.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C.M. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, Investigación y práctica*. México: Manual Moderno, p. 297
- Maslach C, & Schaufeli WB. (1993). Historical and conceptual development of burnout. En: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, ed. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Londres: Taylor & Francis, 1-16.
- Quevedo Guerra, T., Herrera Jiménez, L. F., Guerra Rubio, L. M. & Nepomuceno Padilla, N. (2009). *Cuidadores del paciente con Alzheimer: Variables que identifican su perfil*. Disponible en: www.psiquiatria.com

Heather Rogers
PhD, MPH
Estados Unidos

CARDIOLOGÍA COMPORTAMENTAL

Conferencia

La coronariopatía (o la enfermedad de la arteria coronaria) es la forma más común de las enfermedades cardiovasculares. La cardiopatía isquémica puede resultar de una coronariopatía y en este momento es la primera causa de muerte en Colombia. Además de factores de riesgo fisiológicos (por ejemplo, el incremento de los niveles del colesterol, lipoproteínas de baja densidad y la hipertensión arterial) y comportamentales (por ejemplo, el tabaquismo y la falta de ejercicio físico), factores psicológicos y sociales contribuyen al desarrollo y a la progresión de la coronariopatía.

La presente conferencia tiene como objetivo resaltar la importancia de los factores de riesgo psicosociales en el desarrollo y la progresión de la coronariopatía. Inicialmente, se hablará de los diferentes tipos de enfermedades cardiovasculares, el desarrollo y diagnóstico de la coronariopatía, y algunos marcadores clínicos de su progresión. Mediante la presentación de investigaciones clásicas y recientes, se abordará cómo el estrés agudo, el estrés crónico, la hostilidad, la depresión, y la falta del apoyo social juegan un papel importante en el funcionamiento del sistema cardiovascular, y por consiguiente, la coronariopatía. Se describirá los resultados de varios estudios en progreso sobre factores de riesgo psicosociales para la coronariopatía en población Colombiana. Posteriormente, se expondrán algunas intervenciones psicosociales y su eficacia en mejorar la salud física y calidad de vida de las personas que sufren la coronariopatía. Finalmente, se discutirán las implicaciones de los hallazgos recientes y su importancia para el trabajo de psicólogos de la salud en Colombia.

Henry Sánchez

Coordinador UDCI (Unidad de Desarrollo de Ciencia e Investigación) de la Universidad Antonio Nariño

Investigador Asociado del grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia

Editor del Boletín Electrónico de Salud Escolar Típica

HEURÍSTICOS Y SEGOS COGNITIVOS EN LA TOMA DE DECISIONES RESPECTO A LA ADOPCIÓN Y/O ABANDONO DE LA CONDUCTA SALUDABLE.

La promoción de la salud se ha planteado como una alternativa de intervención para la disminución de los índices de morbimortalidad asociados con los estilos de vida que afectan la salud de las personas. Dentro de esta perspectiva se han implementado una serie de programas que se fundamentan en una variedad de teorías. De éstas, se da cuenta de la importancia de las creencias y la intención en la adopción o abandono de una conducta saludable. Sin embargo, la eficacia de estos modelos ha sido levemente moderada. Como una respuesta a este problema, se propone el desarrollo de herramientas cognitivas para tomar decisiones razonablemente. Estas herramientas son los heurísticos, sin embargo éstos pueden derivar en una multiplicidad de sesgos cognitivos que son determinantes en la constitución de creencias que afectan de forma negativa la ejecución de conductas protectoras para la salud. De esta manera, es necesario que las personas integren a sus esquemas o modelos mentales, herramientas y habilidades cognitivas para el procesamiento de información que le permitan y le favorezcan la adopción de conductas saludables.

Constanza Londoño Pérez

Colombiana

Psicóloga- Magister en psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

Coordinadora Postgrados Facultad de Psicología- Universidad Católica de Colombia y

Directora Ejecutiva de la División en Psicología de la Salud del Colegio Colombiano de Psicólogos.

Ivonne Rodríguez Rodríguez

Colombiana

Psicóloga- Magister en psicología de la Universidad Católica de Colombia.

Docente de la Universidad de Ibagué.

**EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE PRECAUCIONES EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA
DEL CONSUMO DE CIGARRILLO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
Simposio**

El objetivo del estudio era evaluar la efectividad de la aplicación del Modelo Proceso de Adopción de Precauciones en la cesación del consumo de cigarrillo en fumadores estudiantes de tres Instituciones de Educación Superior que expresan su deseo de abandonar el consumo. El proceso de creación teórica se inició con una revisión desde la psicología de la salud por ser el área de la psicología que presta atención a la idea de llevar una vida saludable a partir de la adquisición de conductas como abandonar el cigarrillo, después se realizó una revisión sobre el cigarrillo, primero desde la dimensión biológica y cómo la sustancia puede generar dependencia física, así mismo, la dimensión psicológica y social del consumo se tuvieron en cuenta y se determinaron los factores socioeconómicos, ambientales, sociales, y psicológicos que intervienen en el consumo de cigarrillo.

El Proceso de Adopción de Precauciones se eligió como el modelo de intervención para la investigación, este modelo cuestiona la forma como una persona adopta una precaución (Londoño, 2004), asume que se reduce un riesgo cuando la persona tiene una motivación para hacerlo y en los casos en los que se mantiene el riesgo a pesar de reconocer el peligro se dan porque posiblemente tiene barreras como la falta de información y de motivación, pobre percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad propia, alta percepción de los costos y finalmente la falta de intención; que les impide realizar la conducta. Este modelo asume el cambio de conducta por medio de 7 etapas (Weinstein & Lyon, 1998).

Metodología: Se utilizó un diseño cuasiexperimental ya que se manipuló la variable independiente (Proceso de Adopción de Precauciones) para observar el efecto que tenía sobre una variable dependiente (consumo de cigarrillo). El tipo de diseño cuasiexperimental que se utilizó es el diseño prueba – posprueba y grupos pareados (uno de ellos de control). La muestra se eligió por medio de autoselección ya que la participación fue de tipo voluntaria.

Conclusiones: Las personas con más edad y con niveles dependientes de consumo se pueden percibir con mayores riesgos y vulnerabilidad y por ende se preocupan por adquirir hábitos saludables.

Los resultados obtenidos reflejan que el programa de intervención basado en el Proceso de Adopción de Precauciones se puede utilizar como estrategia de intervención para la disminución y abandono del consumo de cigarrillo en personas con consumo moderado y alto, y aunque la intervención no estaba diseñada para el consumo dependiente se obtuvieron resultados positivos también en este nivel.

Los integrantes del grupo experimental cumplieron con los postulados del PAP (Weinstein et al 1998). Con todos los participantes se utilizaron estrategias para que progresaran a través de las etapas hasta llegar a la seis donde dejaron de fumar.

Para obtener estos resultados las intervenciones se dirigieron a conocer la severidad de los riesgos, la susceptibilidad personal, la percepción de costos y percepción de beneficios, así como han propuesto Weinstein et al (1998).

El Proceso de Adopción en Precauciones se constituye en un modelo que posibilita la cesación del consumo de cigarrillo en estudiantes fumadores moderados, impulsa al cambio pasando por las etapas, y se identifica como un método satisfactorio para hacer la clasificación por etapas y medir la disposición al cambio.

Cuatro de los participantes del grupo experimental desertaron de la intervención, específicamente ocurrió entre la sesión tres y cuatro donde se realiza el balance decisional, y se entiende que es el momento en que la persona finalmente decide cambiar su conducta por una más saludable o no, en el concepto de Weinstein et al (1998) se le conoce como el sesgo optimista no realista. Pero en general se presentó una adherencia alta al tratamiento ya que lo finalizaron el 86% de los participantes.

Es oportuno hacer otras observaciones para mejorar futuras intervenciones con el programa de intervención, como primer elemento, se debe realizar una revisión a las sesiones tres y cuatro para disminuir la presencia del sesgo optimista no realista incrementando acciones que conduzcan a mejorar la auto-identificación frente al riesgo.

Referencias:

- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud Promoción y Prevención*. Ed. Manual Moderno, Bogotá.
- Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo – social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Universidad Nacional de Colombia.
- Weinstein, N & Lyon, J. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychology*. 17 (5) 445-453.
- Weinstein, N.D., Rothman, A. & Sutton, S.R. (1998). Stages Theories of Health Behavior: Conceptual and Metodological Issues. *Health Psychology*. 7 290-299.

Jorge González
Psicólogo- Colombia

SALUD PÚBLICA
Simposio

-sin resumen-

Luis Flórez Alarcón
Universidad Nacional de Colombia

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PREVENCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL **Conferencia**

Se presenta a la educación para la salud como contexto conceptual y metodológico de gran relevancia a fin de realizar actividades de prevención universal, selectiva e indicada de consumo excesivo de sustancias psicoactivas, y se toma el consumo de alcohol como modelo para ilustrar un programa de prevención selectiva e indicada del abuso, así como de reducción de daño cuando el consumo excesivo resulta inevitable. Este programa, que se denomina “Pactos por la vida: Saber vivir/Saber beber” ha sido adoptado por el Ministerio de la Protección Social como política nacional en materia de prevención y de mitigación del daño por consumo de alcohol. En el contexto del modelo PRECEDE-PROCEED de educación para la salud se enfatiza sobre tres aspectos metodológicos cruciales: 1) La modificación de factores predisponentes, reforzantes y habilitantes como objetivos inmediatos del programa; 2) La estructuración objetiva y la replicabilidad de los componentes que constituyen el programa, dirigidos a efectos de prevención o de mitigación; 3) La evaluación de corto, mediano y largo plazo para establecer el impacto y los resultados del programa. Se incluye una propuesta sobre el “saber beber” como objetivo de los programas de reducción del exceso en el consumo alcohólico, acompañado de la reducción de daño en las múltiples situaciones en las que el abuso alcohólico es altamente probable.

Marcela Mosquera Molano, Colombiana, Psicóloga clínica egresada en el año 2002 de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, actualmente labora en BAXTER- División Renal RTS Limitada Agencia Versalles en el cargo de Psicóloga.

Josefina Paz Salazar, Colombiana, Psicóloga Clínica egresada en el año 2001 de la Universidad Cooperativa de Colombia, Magister en Administración en Salud en el 2009 Universidad del Valle.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA: RETOS Y COMPROMISOS CON LA CALIDAD DE VIDA

Simposio

Los pacientes pediátricos que viven con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, enfrentan diariamente y desde muy temprana edad el reto de luchar por mantener su calidad de vida, fortalecer su autoestima y desarrollar estrategias para asumir la experiencia que representa el inicio de la diálisis. La intervención propuesta se enmarca en la psicología de la salud, la que brinda herramientas para un abordaje terapéutico de las problemáticas que se generan desde lo más íntimo de cada familia y en la vida del paciente pediátrico, logrando ser un apoyo en el proceso de ajuste de propio a la terapia.

Se propone como objetivo de intervención: Lograr que los pacientes asuman adecuadamente los cambios en su estilo de vida al iniciar diálisis, desarrollen habilidades de autocuidado para el mejor ajuste a la terapia y fortalecer apoyos familiares oportunos y efectivos frente a los retos que se presentan desde el diagnóstico de la enfermedad, su manejo y tratamiento.

Los modelos psicológicos que sustentan la intervención en pacientes pediátricos con patologías crónicas que desde un enfoque empírico son:

1. Modelo cognitivo de Beck: identificación de triada negativa del niño y su grupo familiar en relación al inicio de la terapia dialítica, sus expectativas frente al mundo y su entorno significativo.
2. Modelo de indefensión aprendida de Seligman: formulación de caracteres emocionales, cognitivos y motivacionales asociados a las expectativas de incontabilidad de su estado de salud, daño o condiciones adversas y proyecto de vida alterado por temores, ansiedad en los padres, relación con pares, trastorno en el crecimiento, desarrollo sexual, Psicomotriz y retardos en el aprendizaje secundarios.
3. Evaluación de factores de riesgo y criterios diagnósticos: Esta evaluación se lleva a cabo por medio de entrevistas al paciente y su grupo familiar con el apoyo del equipo interdisciplinario de la Unidad renal donde se le presta el servicio de Terapia de reemplazo renal a los pacientes, Los resultados de la evaluación permiten el diagnóstico clínico según los criterios orientados en el DSM-IV-TR.

La evidencia muestra que se encuentran mejores condiciones adaptativas en niños que provienen de familias activas, participativas, receptivas y funcionales, que se esfuerzan por atender a las recomendaciones del equipo de salud: Nefrología, Enfermería, Nutrición, Trabajo social y Psicología, demostrando la existencia de una relación proporcional entre los sentimientos de indefensión del paciente, Invisibilidad del cuidado y la capacidad de ajuste de la familia a las condiciones de la enfermedad /tratamiento.

Existe mejor pronóstico frente a la adherencia del paciente a la terapia, cuando el moldeado de comportamientos meta, se programa en relación a las diferencias contextuales del sujeto, logrando una asimilación oportuna de la información que se necesita para procurar un adecuado autocuidado que permita disminuir el riesgo de infecciones, desnutrición, permanencia en hospitalización y comorbilidad de otras patologías.

Los padres de pacientes con enfermedad renal crónica desarrollan ajustes parciales en el proceso de afrontamiento de la enfermedad y en el manejo de las terapias de reemplazo de la función renal (Hemodiálisis o diálisis Peritoneal), asumiendo posturas con tendencia ambivalente que van a determinar su experiencia y la del propio paciente

El diagnóstico e intervención oportuna de estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas, permite reducir la instauración de patrones comportamentales inadecuados como: deserción escolar, inadecuación social, dependencia permanente de cuidadores, incumplimiento terapéutico, irritabilidad y hostilidad.

A manera de conclusión se logra establecer que los retos que propone la intervención psicológica en pacientes renales, requieren del fortalecimiento de equipos de trabajo interdisciplinarios al interior de las unidades renales, poniendo en marcha planes de tipo clínico, educativo y motivacional para el paciente y su familia, retomando calidez en el servicio, oportunidad en la atención, comodidad en instalaciones y efectividad en los procesos. El futuro de la intervención apunta hacia la atención terapéutica domiciliaria, logrando como beneficios para el paciente: la reducción de costos, mejora del manejo del tiempo, promoción de la percepción de libertad, integración familiar, funcionalidad y movilidad.

Referencias

- Universidad de Virginia (2008). *Los Trastornos Genitourinarios y de Los Riñones*, Modificación en Enero 29 2008, Recuperado en Mayo 26 2008, de http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_urology_sp/kidneytran.cfm
- Giraldo, C.I & Franco, G. (2006). *Calidad de vida de los cuidadores familiares*. Universidad de la Sabana Chia, Colombia Octubre Vol 6. Numero 001. Recuperado el 15 de Septiembre del 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74160106.pdf>
- Banús, S. (2006). *Depresión en niños y adolescentes*. Cataluña, España. Recuperado el 30 Marzo 2009, de <http://www.psicodiagnosis.es/index.php>
- López-Ibor, J & Valdés. M. (2002). *MDSM-VI-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Texto revisado.