

01968

17



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
-DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :
SONIA FATIMA MEAVE LOZA**

**DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ
COMITÉ TUTORAL:**

- TITULAR: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
- TITULAR: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
- TITULAR: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
- TITULAR: MTRO. FERNANDO VÁSQUEZ PINEDA
- SUPLENTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERASO
- SUPLENTE: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*La enfermedad es quizás,
una de las experiencias que más te acerca a la muerte,
te obliga a detenerte
para pensar en la vida
y decidir
Sí te quedas con tus verdades*

o

si prefieres atarte a tus miedos...

S. M. L.

Dedicatorias

Para todos los niños y familias que luchan a diario con la
Leucemia,
por enseñarme el verdadero sentido de estar viva.

Para Ruggero, mi compañero, mi cómplice y mi amor...

A mis padres Carlos y Sonia,
que siguen siendo mis estrellas espirituales cuando los
vientos confunden mis pasos.....

Agradecimientos

Al Dr. Héctor Ayala mi tutor académico, por su constante apoyo y calidad humana, por el interés en guiarme a través de los caminos de la investigación y motivarme a seguir mejorando mi potencial profesional.

A los maestros de la Universidad Nacional Autónoma de México que contribuyeron a mi formación durante la maestría y me enseñaron nuevas formas de ver a la psicología, a la Dra. Fátima Flores, Dra. Dolores Mercado, Mtro. Fernando Vásquez y Mtro. Isac Seligson, en particular a la Mtra. Rebeca Sánchez por enseñarme el arte de la entrevista.

Por su valiosa ayuda y orientación al Mtro. Leonardo Reynoso y al Dr. Samuel Jurado.

De forma muy especial un agradecimiento para Alicia Chaparro por reconciliarme con la estadística, por su paciencia y sincera amistad.

Un sincero agradecimiento a la Lic. Guadalupe Manjarrez, al Dr. José de Diego y a la Dra. Elvira Trueba por la oportunidad de trabajar con los niños de hematología y por la confianza en mi trabajo.

A Raquel y Laura por su disposición, por las disfrutables horas de trabajo y el buen humor, que ayudaron a completar una de las partes más importantes de este trabajo.

A mi esposo por su extraordinaria paciencia, vocación de terapeuta y patrocinador .

A mis amigos que supieron trascender diferencias y me regalaron su compañía en las buenas y en las malas, Laura, Mónica V, Maribel, Mónica L, Vanesa, Shirley y Raúl.

A toda mi familia boliviano-mexicana, por sus buenos deseos y el constante afecto, que fue energía para terminar este recorrido académico.

A mis amigos de toda la vida Silvia, Carla, José, Pato, Ale, Yoly y Paty, por estar siempre en mi corazón.

Finalmente a Lizzy C. y al Consejo Británico por brindarme la oportunidad de llegar a México, para cumplir uno de mis sueños.

INDICE DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE

1. BASES TEORICO-CONCEPTUALES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL y ACTIVIDADES	
1.1 Antecedentes.....	pag 1
1.2 El psicólogo en el campo de la salud.....	pag 7
1.3 Programa de residencia en medicina conductual.....	pag 9
1.4 Competencias profesionales.....	pag 14
Referencias.....	pag 17

SEGUNDA PARTE

2. ACTIVIDADES EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	
2.1 Antecedentes.....	pag 19
2.2 Diagnóstico Institucional.....	pag 20
2.3 Actividades profesionales desarrolladas.....	pag 27
2.4 Programas desarrollados.....	pag 30
2.5 Manejo de casos especiales.....	pag 60
Competencias profesionales.....	pag 69

TERCERA PARTE

3. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Introducción..... pag 71

3.2 Antecedentes.....pag 72

3.3 Resumen de la participación en la línea de investigación en cáncer infantil.....pag 82

3.4 Programas desarrollados..... .pag 88

□ Adaptación del Inventario de depresión infantil para población Mexicana (CDI)

- CDI Estudio n.1
 - Sujetos
 - Instrumento
 - Procedimiento
 - Resultados
 - Discusión

- CDI Estudio n.2
 - Sujetos
 - Instrumento
 - Procedimiento
 - Resultados
 - Discusión

□ Adaptación del "Cuestionario de estilos atribucionales para niños"

- CASQ Estudio n.1
 - Sujetos
 - Instrumento
 - Procedimiento
 - Resultados
 - Discusión

Competencias profesionales.....pag.153

BASES TEORICO-CONCEPTUALES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL Y ACTIVIDADES TEÓRICO ACADÉMICAS

1.1 Antecedentes

□ El concepto de salud

Aparentemente el determinar se está enfermo o sano no depende solamente de la manera en que una persona se siente o del estado de su cuerpo. La forma en que se define la salud y la enfermedad, tiene consecuencias económicas, sociales y legales. El lugar en el se coloca a una conducta particular, decide de qué forma será corregida o tratada; esta instancia decidirá el tipo de tratamiento y el costo (Sheridan y Radmacher,1992).

En este camino de definir la salud, se reconoce como un hito importante el cambio del concepto de salud propuesto en 1946, cuando la Organización Mundial de la Salud amplió la definición de salud introduciendo o reconociendo otras categorías dentro de la condición de salud, por lo cual planteó el siguiente concepto:

" la salud es un completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez "(OMS, 1946).

Sin embargo varios análisis posteriores, elaboraron una crítica por las dificultades de identificar situaciones poco saludables, o situaciones de enfermedad en este amplio contexto de salud. Por ejemplo Sheridam (1992) planteó que esta clase de definiciones tiene una condición idealizada, ya que no es posible cubrir todas las necesidades o llegar aun potenciamiento total en todos los

campos, ya que las condiciones externas tienen mucho peso, como por ejemplo las políticas gubernamentales, y los intereses a favorecer algunas actividades más que otras (Sheridan y Radmacher, 1992).

Luego de revisar estos conceptos, se pueden concluir primero que el concepto de salud tiene que ser flexible para no dejar fuera factores y variables que tiene que ver con la salud y la enfermedad; en segundo lugar, no existe una sola forma de definir el constructo de salud, prácticamente cada ciencia o disciplina puede hacer énfasis en diferentes componentes y en tercer lugar, al ser un constructo social no puede ser reducido.

Entonces, la salud y la enfermedad no son conceptos separados, se trata más bien de conceptos que se entienden desde su proximidad. Existen grados de salud y bienestar, así como de enfermedad (Antonovsky, 1987; en Sarafino, 1990). Por lo que se puede decir que la salud es más bien un continuo de bienestar donde en un extremo está la muerte prematura y del otro extremo el nivel de bienestar óptimo, una persona puede pasar por todos los estados, por que la salud no es un estado definitivo (Antonovsky, 1980; en Sheridan, 1992).

□ Atención a la salud y control de la enfermedad

En los tres siglos pasados, se han hecho muchos esfuerzos por reducir la mortalidad y morbilidad, con avances significativos en higiene, salud pública, microbiología ambiental, y la capacidad de producir más alimentos. Estos son muchos de los factores que han cambiado los patrones de la enfermedad, la discapacidad, la

longevidad y la misma muerte. Estos cambios que se han visto particularmente el siglo XX, son responsabilidad en gran medida de las ciencias médicas, que virtualmente erradicaron enfermedades como la influenza, rubéola, tuberculosis y poliomielitis. La expectativa de vida se aumentó casi al doble de edad, para 1979 en Estados Unidos comparando con 1900 la expectativa de vida estaba en 48.3 años y se incrementó a 69.9 años; pero por otro lado, terminando la década de los años setenta y al inicio de los ochenta, las causas de muerte principales fueron las enfermedades del corazón en segundo lugar el cáncer, las enfermedades respiratorias seguidas por los accidentes y la cirrosis (Matarazzo,1990).

□ La psicología en el campo de la salud

El vínculo entre la medicina y la psicología data de tiempos atrás, incluso antes de que se considerara a la psicología como una ciencia.

Ya en los tiempos en que Freud propuso su teoría del inconsciente, entraron en discusión los fenómenos conversivos o de somatización, términos utilizados al constatar la presencia de alteraciones físicas que no tiene explicación etiológica por el daño de un órgano o función física, la teoría psicoanalítica explicó cómo las emociones en conflicto que se encuentran en el inconsciente podrían ser las causas (Alexandre,1950 y Neale y cols, 1990 en Sarafino 1992). Estos fenómenos de alteración de respuestas físicas sin causa aparente y la posible influencia de los hechos psicológicos, despertaron muchas preguntas sobre el papel

de estas emociones en el cuerpo, todo esto se convirtió en motivo de interés para muchos investigadores.

El campo de conocimiento de la ahora llamada psicología de la salud, tuvo su inicio en las décadas de los cincuenta y sesenta cuando nuevamente emerge el interés en la problemática de los fenómenos psicosomáticos. Sin embargo, el antecedente más remoto sobre el vínculo entre la mente y el cuerpo se inicia con los filósofos, posteriormente fue uno de los temas de mayor interés de los fisiólogos, para terminar siendo uno de los temas que intenta explicar la psicología (Navas,1999).

La psicología de la salud es un campo dedicado al entendimiento de los factores psicológicos: cómo las personas permanecen saludables, se enferman, y cómo responden cuando se enferman. Se enfoca en la promoción de la salud; el mantenimiento; la prevención y el tratamiento de la enfermedad; la etiología y los correlatos de la salud y la enfermedad; las disfunciones y el mejoramiento del sistema de salud a través de formulaciones de políticas de la salud.

El auge de la psicología de la salud se debe a diversos factores, incluye el incremento de las enfermedades crónicas relacionadas a los estilos de vida, la expansión de la atención de la salud en la economía, la aceptación de que los factores psicológicos y sociales influyen en la salud. Esto progresivamente llevó a reemplazar el modelo biomédico dominante que estaba reducido a las ciencias médicas, por el modelo biopsicosocial, reconociendo la interacción de un micro nivel y un macro nivel. La investigación en el campo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

de la psicología de la salud ha contribuido a hacer predicciones sobre los estados de salud y enfermedad (Shelley y Taylor, 1999).

□ Conducta y salud

La relación de la conducta con la mortalidad y morbilidad, es un efecto de la evolución de la salud pública posterior a la segunda guerra mundial, donde pocas de las disciplinas médicas como la epidemiología, cardiología, salud pública y preventiva, tomaron en cuenta las contribuciones de la sociología médica, la psicología de la salud, y las ciencias de la conducta, que mediante investigaciones probaron la influencia de los patógenos, que no son otra cosa que los factores de riesgo, en la enfermedad, discapacidad y muerte.

Sin embargo, fue hasta que las investigaciones de Califano en (1979) se presentaron en un informe al congreso americano que se puso atención en el papel de las conductas en la salud. El informe mencionó las diez causas más frecuente de muerte, fueron: las enfermedades del corazón, el cáncer, los paros, los accidentes, las enfermedades contagiosas, la diabetes y la cirrosis, la arteriosclerosis y el suicidio; mencionó que siete de estas diez causas pudieron haberse evitado, siguiendo cinco hábitos: tener una dieta adecuada, no fumar, hacer ejercicio, no abusar del alcohol y utilizar la medicación para la hipertensión adecuadamente. Este nuevo enfoque de las ciencias de la conducta aplicadas a la salud y la posición biomédica compartieron la creencia de que la prevención de la morbilidad y mortalidad debía ser la tarea, para no llegar al tratamiento. La

prevención tiene como principal cualidad estratégica ser más beneficiosa y menos costosa (Matarazzo, 1990).

□ Medicina conductual

Revisando un poco de historia, es hasta los años setentas que la psicología experimental durante esos mismos años utiliza sus avances científicos, en especial las bases teóricas del conductismo para lograr lo que hoy se llama Medicina Conductual. Este campo de conocimiento de manera general comienza a aplicar técnicas psicológicas, a varios problemas del sistema de salud. Para lograr esto, los psicólogos incluyeron investigación y prácticas relacionadas con la “intervención” en hospitales o instituciones de salud por medio de métodos muy variados, como la bioretroalimentación, modificación del comportamiento, terapia de grupo, educación y consulta organizacional para modificar comportamientos colectivos, las cogniciones o las experiencias de las personas involucradas con el sistema salud (Navas, 1999).

Uno de los logros de la medicina conductual, es que se reconozca que el ser humano mediante sus hábitos y conductas contribuye a positiva o negativamente a su salud, es. También intenta explicar qué mecanismos de la conducta entran en juego en el caso del gran consumo de alcohol, el tabaquismo y los malos hábitos alimenticios solo por mencionar algunos, y cuáles se diferencian para que se manifiesten conductas de salud.

Muchos autores han tratado de definir a la medicina conductual, sin embargo, la definición propuesta por Schwartz y Weiss (1978, en Buena-Casal, 1996) sigue siendo de gran utilidad conceptual,

como lo proponen en la siguiente definición, la medicina conductual es: el campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración del conocimiento de la ciencia y técnicas biomédicas y conductuales relevantes a la salud y enfermedad y en la aplicación de ese conocimiento y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

También se puede poner a consideración una segunda definición, medicina conductual: es la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas. Es una disciplina interdisciplinar entre la psicología conductual y la medicina en la que sigue el modelo conductual, trabajando predominantemente en tratamiento con en casos individuales (Buela-Casal y cols, 1996)

1.2. El psicólogo en el campo de la salud

El psicólogo se integra a los profesionales de la salud, en la medida en que diversos estudios encuentran que los factores llamados " psicológicos" intervienen en el proceso de enfermedad, como las conductas irresponsables, o poco adherentes a los tratamientos médicos, los trastornos emocionales, miedos, las respuestas de ansiedad que dificultan a los procedimientos médicos y significa muchas veces un costo al sistema de salud. Además, existen otros factores generados por la propia enfermedad, como los cambios emocionales posteriores a una quimioterapia; o los que acompañan a los procesos de tratamiento que incluyen un dolor físico o condiciones de aislamiento.

La presencia de estas variables psicológicas, es determinante en muchos casos para el pronóstico de la enfermedad. Éstas problemáticas antes referidas se viven a diario en muchas instituciones de salud, independientemente de los esfuerzos en los procedimientos médicos especializados.

Algunos ejemplos más claros que aborda la medicina conductual son: el manejo del dolor; el papel que juega el estrés y el aprendizaje en la inmunidad a la enfermedad; las influencias cognitivas, sociales, ambientales y fisiológicas sobre las respuestas a las sustancias adictivas; el desarrollo y el cambio de apetito de las conductas del comer; el significado de la expresión o de la inhibición emocional sobre la hipertensión y la enfermedad coronaria; las influencias familiares y psicosociales sobre los procesos de enfermedad. Todo esto trata la medicina conductual, obviamente en interacción con otras disciplinas médicas y paramédicas (Navas,1999).

En este marco el psicólogo de la salud cumple diferentes funciones en las instituciones de salud, muchos autores sugieren que debe ser parte activa del equipo médico. Según Kelly (1987) una de sus principales metas debe ser el utilizar la evaluación como una herramienta para contribución al entendimiento de la situación del paciente, incluidas las variables físicas y sociales, los recursos psicológicos del paciente y la evidencia de la psicopatología que podría afectar a su respuesta a la enfermedad y al tratamiento médico, para luego trabajar las formas de enfrentar la enfermedad con el paciente y su familia (Kelly, 1987, en Rozensky,1997).

El campo de la salud está abierto para que los psicólogos especializados en medicina conductual, psicólogos clínicos e investigadores en psicología aplicada. El trabajo del psicólogo en estos escenarios, ayudará a determinar el campo y las tareas que esperan ser definidas o asistidas más adelante, específicamente en los que se refiere al mantenimiento de la salud, la promoción de salud, la prevención de enfermedad desde las prácticas conductuales de las personas, esta nueva disciplina puede ayudar a influir en la salud de adultos y niños (Matarazzo, 1982 en Matarazzo,1990).

1.3. Programa de residencia en medicina conductual

Uno de los elementos importantes para comprender la importancia del programa en medicina conductual es considerar el contexto del sistema de salud mexicano. El país tiene una población total de noventa millones de habitantes según datos del censo del año 2000, la distribución de la población tiene una tendencia de crecimiento en zonas urbanas en el cual habitan 42 millones de personas, agrupados en poblaciones de más de cien mil habitantes; con relación a las zonas rurales, con 48 millones de personas que habitan en poblaciones menores de cien mil habitantes (Programa de Residencia, 2001).

De esta población el cincuenta y cinco por ciento aproximadamente tiene derecho a una cobertura de salud por instituciones de seguridad social, la distribución poblacional dificulta en acceder a los servicios. Se reconoce que un seis por ciento de la población no tiene cobertura oficial de salud.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención, el primer nivel tiene la meta de atender los problemas más frecuentes, en centros de salud o clínicas de atención primaria; el segundo nivel ofrece internamiento y consulta. Las problemáticas son más severas. Y el tercer nivel, ofrece atención a problemas que requieren de especialistas e y medidas tecnológicas y cuidados especiales (Programa de Residencia, 2001).

En México, se ha dado un cambio significativo en la epidemiología, ya que el sistema de salud ha controlado en un nivel razonable a las enfermedades infecciosas y otro tipo de problemáticas, sin embargo en estos últimos años, la curva que ha mostrado un incremento es la de enfermedades crónico degenerativas, tales como padecimientos cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. En estos casos el ejercicio de conductas saludables o protectoras puede ser determinante para la prevención, de lo contrario el ejercitar una conducta patógena como la de fumar en exceso, el no manejar adecuadamente el estrés, pueden constituirse en precursores para la aparición de problemáticas (Sánchez Sosa., 1999). Los cambios de conducta no son espontáneos y el psicólogo de la salud se constituye en el profesional que posee las herramientas tecnológicas de la medicina conductual suficientes para apoyar estos cambios favorables a la salud.

En respuesta a estas problemáticas antes descritas, el programa de medicina conductual esta formulado para responder a las principales problemáticas de salud del país actualizando, mejorando y optimizando el desempeño del psicólogo en el campo

de la salud en México, haciendo que las intervenciones sean más eficaces y breves como lo requieren los servicios de salud en los tres niveles de atención, particularmente desde los tres niveles de prevención (Programa de Residencia, 2001).

Hasta aquí se ha descrito el marco teórico bajo el cual se desarrollaron todas una gama de actividades planeadas por el programa de residencia en medicina conductual; finalizando esta primera parte del reporte, se describe la serie de talleres teóricos y de entrenamiento recibidos dentro del curso propedeutica.

La segunda parte, resume de forma general las actividades desarrolladas en la sede del Instituto Nacional de Perinatología.

En la tercera parte, se presentó una descripción de los productos de la actividad de investigación desarrolladas en la segunda rotación.

1.3. Curso propedéutico

Las actividades de la residencia en el primer período se ajustaron a los objetivos trazados en el programa de formación, los mismos que consideraban de manera fundamental preparar al estudiante de maestría para el trabajo en hospitales.

En este sentido las diferentes técnicas de intervención y los principales cuadros de psicopatología, fueron los temas principales para retomar las bases teóricas que sustentan a este programa integrado de maestría y residencia en medicina conductual. También, se recibieron varios talleres para abordar las diferentes temáticas, la relación de contenidos se muestra en la siguiente tabla de forma resumida.

Talleres recibidos durante el curso propedeutico

<p>Taller Tema : Medicina conductual y salud</p>	<p>Contenido :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo histórico y naturaleza de la medicina conductual ▪ Las ciencias sociales y el sistema de salud ▪ Campos de acción del experto en medicina conductual ▪ La salud en México ▪ Epidemiología y salud
<p>Taller Tema : Estrés y afrontamiento</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Concepto de estrés en biología ▪ El modelo de Lazarus ▪ Estado actual de la investigación en estrés.
<p>Taller Tema :La Técnica de Entrevista</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de entrevista ▪ Historia clínica ▪ Aspectos metodológicos de la entrevista
<p>Curso evaluación conductual y estrategias de intervención</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos teórico metodológicos de la evaluación conductual. ▪ Problemas a los que se enfrenta el psicólogo en ámbitos hospitalarios. ▪ Diferentes estrategias de intervención en medicina conductual.
<p>Curso: Técnica de relajación</p>	<p>Empleo de las técnicas de relajación Taller práctico (Role play)</p>
<p>Curso: Manejo de la depresión</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fundamento teórico de las técnicas

	<p>cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Influencia de las cogniciones sobre el afecto y la conducta ▪ Detección de pensamientos automáticos ▪ Tipo más frecuentes de errores cognitivos
<p>Curso: Comunicación de noticias y adherencia terapéutica</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicando malas noticias ▪ Intervención en tratamientos quirúrgicos y dolorosos ▪ Diagnóstico formas de afrontamiento ▪ Estados terminales ▪ Adherencia terapéutica
<p>Curso: Ansiedad</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión histórica del enfoque cognitivo conductual ▪ Visión epistemológica de la psicología ▪ Clasificación de los tipos de terapia ▪ Paradigmas subyacentes ▪ Psicometría como instrumentos de Investigación ▪ Uso del DSM- IV ▪ Técnicas para tratamiento de los trastornos de ansiedad
<p>Curso: Intervención en Crisis</p>	<p>Contenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceptos de estrés post traumático ▪ Situaciones que provocan estrés post traumático ▪ Síntomas ▪ Tratamiento

Curso : Farmacología	Contenido : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducción general a la farmacología ▪ Clasificación de fármacos ▪ ¿Cómo actúan las medicinas ? ▪ Uso de medicamentos
Curso Bases biológicas	Contenido: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bases de anatomía ▪ Sistema nervioso ▪ Sistema digestivo ▪ Sistema inmunológico ▪ Endocrinología
Inducción a sedes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hospital Juárez de México: Servicio de oncología y Servicio de nefrología y trasplantes Hospital de la Mujer : Subespecialidades

1.4. Competencias profesionales

En el caso de los cursos teóricos

Los nuevos conocimientos sobre el área ayudaron a afianzar la perspectiva teórica desde donde se aborda el tema salud y enfermedad, conocer la evolución teórico conceptual de la medicina conductual, fue de gran utilidad para así poder fundamentar las intervenciones en las sedes donde se realizan las prácticas.

Las habilidades adquiridas a este nivel fueron muchas, principalmente tener la capacidad de vincular las teorías con el proceso de salud y enfermedad.

Una de las revisiones importantes fue el tema del estrés, se cumplió el propósito de realizar una comparación entre diferentes autores y posturas teóricas cognitivas y comportamentales.

El curso de epistemología, permitió desarrollar una posición crítica frente a la psicología como ciencia, tener en cuenta en una visión amplia dentro de las ciencias sociales y poder establecer una comparación con las llamadas ciencias puras, conocimiento importante para ubicar el que hacer del psicólogo de la salud y ver la proyección y las limitaciones de sus aportes.

De forma paralela, algunos de los cursos como el de depresión y el de ansiedad impulsaron el desarrollo de habilidades clínicas no sólo en el manejo de un marco conceptual, sino la aplicación de estas bases teóricas en la evaluación. Trabajo que se completó al desarrollar varias propuestas de los posibles esquemas de tratamiento y la elaboración de formatos de evaluación como entrevistas específicas en el caso de la depresión.

En el caso de cursos prácticos

Uno de los talleres más completos en cuanto a práctica fue el de entrevista, proporcionó la práctica para unificar los criterios necesarios a utilizar en el ambiente de hospitales; así también el utilizar esta técnica para distintos fines como puede ser el de la evaluación o la intervención. Otro aspecto muy útil fue la elaboración de notas clínicas y el manejo del expediente clínico, como se emplea en la mayoría de las instituciones de salud.

Uno de los aspectos más positivos de la práctica fue aprender este tipo de intervenciones, manteniendo el rol play como técnica de aprendizaje, se tuvo la oportunidad de ejercitar sus repertorios como terapeuta y darse cuenta qué puntos de la intervención se deben mejorar, tomando en cuenta que el trabajo en los hospitales demanda respuestas breves y eficientes en la mayoría de los casos en una sola intervención.

Actividades Académicas Complementarias

La asistencia al seminario " Paciente Pediátrico y Familia" en el Instituto Nacional de Pediatría, permitió conocer el trabajo de los profesionales que se desempeñan en el campo de psicología de la salud; analizar cual es la demanda de los servicios. También, ayudó a formular una crítica sobre la formación del psicólogo en instituciones de salud, concluyendo que el psicólogo de la salud, especializado en medicina conductual necesariamente debe tener e y un que hacer de investigador.

La inducción a las sedes fue una actividad muy importante, por que permitió al estudiante situarse en las características de la sede, conocer el tipo de pacientes y problemáticas con las que se trabajara. Se pudo ver que el trabajo del residente tiene una gran proyección, siempre que se pueda formular propuestas de trabajo que respondan las necesidades de los servicios.

Referencias

Buela-Casal, G., Caballo, V.(1996). Manual de evaluación en psicología clínica de la salud. Madrid : Siglo XXI. Madrid.

Matarazzo, M., Weiss, S.(1994). Behavioral Health : A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. New York : John Wiley & Sons.

Navas, J.(1999). Medicina Conductual. Producciones Psicológicas y Educativas. Consultado en enero, 2002, de <http://wwwpsypro.com/>

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitution of the World Health Organization. Ginebra: WHO.

Programa de Residencia en medicina conductual. (2001). Fundamentos del programa de residencia..(1999). Facultad de Psicología. México: UNAM.

Rozensky,R., Sweet,J., Tavian,S.(1997). Psychological Assessment in Medical Settings. New York: Plenum Press.

Sarafino,E.(1990). Health Psychology: Biosychosocial Interactions. New York : John Wiley & Sons, Inc.

Sheridan, C., Radmacher, S. (1992). Health Psychology: Challenging the Biomedical Model. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Shelley, E., Taylor. (1999). Health Psychology. New York: Mac Graw Hill.

Sánchez-Sosa, J. (1999). Desde la prevención Primaria hasta el bien morir. Revista Psicología de la Salud en América Latina. México.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

2.1 Antecedentes

Para entender la importancia de la presencia del psicólogo en el campo de la salud en el ámbito relacionado a la salud sexual y reproductiva, es importante tomar en cuenta algunas referencias. Las condiciones biológicas, psicológicas, culturales y sociales que rodean a la reproducción hacen de ella una experiencia enriquecedora, que si bien da sentido a la existencia misma de la mujer, por el otro lado representa un riesgo para su salud, su vida, su condición en la familia y en la comunidad (Langer, 1996).

En México han ocurrido cambios muy importantes en los valores y prácticas que rodean a la reproducción, a pesar de ello todavía se observan grupos sociales tradicionales donde el inicio en la vida reproductiva es temprano y el rol de la mujer se centra en la crianza exclusiva de los hijos, sin embargo otras mujeres desean una estructura familiar diferente, donde también están considerados sus proyectos personales, lo que demanda una inversión mayor de los recursos familiares y personales (Langer y Romero, 1996).

Otros indicadores muestran que la mortalidad materna se ha reducido de forma importante de 53 por cada diez mil en 1940 a 4.5 por cada diez mil en 1993. Sin embargo, la distribución de muertes en el país no es similar en las diferentes regiones de desarrollo, existen menos muertes maternas en el norte, los

estados del centro de la república tienen una mortalidad promedio, mientras que el sur tiene una alta mortalidad materna (Reyes y Fraustro, 1994 en Langer, 1996).

Las causas pueden estar relacionados con factores como la edad de la madre, el acceso a servicios de atención médica, el estado de salud de la madre, nutrición, o muchas veces con patologías como cáncer, diabetes, problemas cardiacos, pueden ser problemas de salud derivados de la gestación, parto y puerpério.

La aplicación de los conocimientos que proporciona la medicina conductual y la experiencia institucional con la población en el Instituto Nacional de Perinatología, permitieron reconocer los eventos y las problemáticas de salud particulares en las que están involucrados factores psicológicos, por ejemplo, cuando el embarazo es de alto riesgo la paciente puede elevar sus niveles de ansiedad hasta crear reacciones físicas adversas, puede dar información poco confiable al equipo médico o precipitar medidas innecesarias, en lugar de recibir el apoyo apropiado.

2.2 Diagnóstico institucional

Se realizó un diagnóstico de la institución de salud con el fin de conocer la institución de salud del primer año de residencia, el tipo atención que se brinda, las especialidades médicas, las características del usuario y particularmente las demandas de asistencia en cuanto al servicio de psicología; todo esto para establecer las formas de intervención más pertinentes en la sede, desde la formación en medicina conductual y plantearlas para organizar el trabajo.



El Instituto Nacional de Perinatología es una institución de salud fue creada para atender mujeres con una condición física o biológica que pueda significar de riesgo para su propia salud, antes durante o después del embarazo, así como para la salud de su hijo.

Es un instituto de tercer nivel de atención especializada, cuyos profesionales desarrollan investigación aportando al conocimiento en el campo de la salud reproductiva. Esta institución dicta los lineamientos de atención para la salud de la mujer en el ámbito nacional, además, se dedica a la formación de nuevos especialistas en este campo.

□ Recursos Humanos

Los recursos humanos con los que cuenta el Hospital, se distribuyen de la siguiente forma, según datos de la Dirección Médica:

Director de Area: 1

Subdirectores de Area: 5

Jefes de Departamento: 24

Médicos Especialistas: 94

Médicos Generales: 1

Cirujanos Dentistas: 3

Químicos: 13

Psicólogos Clínicos: 1

Biólogos: 2

Inhaloterapeutas: 10

Jefes de Servicio de Enfermería: 26

Enfermera Especialista: 41
Enfermeras Generales: 268
Auxiliares de Enfermería: 92
Técnicos en Nutrición: 6
Trabajadoras Sociales: 24
Técnico Radiólogo o Radioterapeutas: 14
Laboratoristas: 30
Técnico en Estadística: 1
Auxiliares en Estadística: 16
Area Administrativa: 12
Secretarías : 40

*No se mencionaron todas las plazas, el total de personal según estos dato es de 808.

Especialidades Médicas:

Andrología
Anestesiología
Cardiología
Dermatología
Diagnóstico Perinatal
Dietética
Endocrinología
Genética
Ginecología
Hematología
Infectología
Medicina Interna
Neurología
Nutrición
Obstetricia
Oftalmología
Oncología

Planificación Familiar
Psicología
Reumatología
Seguimiento Pediátrico
Trabajo Social

Servicios Especiales:

Neurología Perinatal
Planificación Familiar
Reproducción Asistida
Urología
Educación para la Reproducción

- Incidencia de problemas médicos

Según el reporte estadístico del instituto (1998), la atención a las pacientes se dio de la siguiente forma: se atendieron 4.000 consultas obstétricas de primera vez en consulta externa y un total de 24,527 consultas obstétricas subsecuentes. En ginecología se atendieron 3,147 consultas de primer vez y un total de 28,348 consultas subsecuentes.

En *obstetricia* se atendieron a pacientes por los siguientes diagnósticos:

- Embarazo normal
- Endocrinopatía
- Antecedente de dos o más cesáreas
- Infección genital
- Epilepsia
- Cardiopatía
- Incompetencia del cuello uterino
- Infección urinaria
- Hipertensión crónica

- Abortadora habitual
- Colagenopatía
- Rh Negativo
- Diabetes Mellitus
- Edad gestacional incierta
- Infección extragenital
- Anormalidades del líquido amniótico
- Isoinmunización Rh
- Nefropatía
- Preclamsia leve
- Síndrome aborto
- Preclamsia severa
- Emesis hiperemesis
- Hemorragia genital en el embarazo
- Amenaza de parto pretérmino
- Patología trofoblasto
- Retardo en el crecimiento
- Muerte fetal
- Otros

En *ginecología* se atendieron pacientes con los siguientes diagnósticos:

- Esterilidad
- Neoclásica benigna
- Síndrome climatérico
- Infertilidad
- Incontinencia urinaria
- Neoplásias malignas
- Problemas de la estática pélvica
- Hemorragia genital disfuncional
- Amenorréa secundaria

- Alteraciones congénitas de vagina, útero y otros.
- Endometriosis
- Enfermedad inflamatoria cérvico vaginal
- Amenorrea primaria
- Disgenénesis gonadales
- Planificación familiar
- Fistulas genitales
- Otros

□ Contexto del servicio

El departamento de psicología es dependiente de la Subdirección de investigación clínica que a su vez pertenece a la Dirección de investigación. Está ubicado en el primer piso de la torre de investigación, dispone de cinco consultorios, tres de ellos en el área de consulta externa del hospital y dos en el edificio de la torre de investigación, además de una cámara de observación de sesiones de terapia de grupo. El consultorio de consultas de primera vez, también tiene un espacio adicional para el programa de bioretroalimentación.

□ Recursos humanos del departamento de psicología

Está conformado por el jefe de departamento con nombramiento de investigador asociado C, por parte de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud e investigador nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Además están nueve psicólogos adscritos entrenados en terapia de grupo con enfoque psicodinámico, siete de los cuales poseen nombramiento de investigador asociado A y uno de investigador asociado C, por parte de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud. La

supervisión estuvo a cargo del Dr. Carmona jefe del departamento quien a su vez asignó un supervisor directo, en este caso el Mtro. Edgar Díaz responsable del programa embarazo adolescente. No se contó con u otro tipo de supervisión .

□ Objetivos del departamento de psicología

El objetivo es el siguiente: Coordinar y evaluar las actividades de investigación que contribuyan al conocimiento de los procesos psicológicos de pacientes gineco-obstétricas y de la relación materno infantil, para proporcionar un soporte a las áreas de asistencia y contribuir al desarrollo de programas educativos en este contexto.

Sus funciones son:

- Promover y preservar la salud psicológica y el sano desarrollo de las pacientes gineco-obstétricas y de los neonatos e infantes, mediante técnicas psicoterapéuticas dirigidas al individuo, la pareja y la familia que favorezcan el equilibrio bio-psico-social.
- Promover el rol parental en las personas que tiene a su cargo la educación y formación de menores.
- Educación continúa al personal del departamento, diseñar y realizar periódicamente eventos educativos relacionado con la psicología aplicada la perinatología.
- Establecer lineamientos para el manejo y/o tratamiento psicológico de los pacientes del INper.

Las actividades que se desarrollan en el departamento son:

- Investigación
- Capacitación
- Asistencia

□ Procedimientos en la atención

El departamento de psicología atiende a la población hospitalizada, como las pacientes en consulta externa, se atienden 30 pacientes a la semana en consulta de primera vez. La atención subsecuente se hace en los diferentes grupos terapéuticos.

Las interconsultas son atendidas siempre que exista una solicitud directa de residentes, médicos adscritos o trabajo social. Se llevan a cabo de lunes a viernes, y son cubiertas por psicólogo adscrito o los estudiantes entrenados. El tipo de intervenciones en hospitalización fueron en su generalidad intervenciones en crisis. En la consulta de primera vez se detecta la problemática del paciente a través de una entrevista clínica, que organiza los datos en la historia clínica, luego se remite al paciente al programa que cubra su problemática, o se canaliza a otra institución.

En el expediente clínico médico se utiliza el formato SOAP (Subjetivo, objetivo, acción y plan) para dejar un resumen del trabajo efectuado en interconsulta. o en terapia de grupo, los diagnósticos se basan en los criterios del DSM-IV.

2.3.Actividades profesionales desarrolladas

➤ Capacitación recibida

En lo que se refiere al área de enseñanza se recibieron clases en módulos, los contenidos en el primer semestre abarcaron los siguientes temas:

Lecturas sobre los mecanismos de defensa; la entrevista inicial desde un enfoque dinámico; terminología y técnicas de enfoque psicoanalítico empleado en las sesiones de grupo; repaso del DSM-IV manejo de las categorías diagnósticas en los trastornos más frecuentes; intervención en crisis; psicoterapia de grupo; diseños de investigación, repaso general y la aplicación de la investigación institucional.

Las otras dos actividades fueron las sesiones temáticas o clínicas de la torre de investigación, así como la sesión general donde se expone trabajos de investigación o revisiones de procedimientos médicos de los diferentes servicios.

En el segundo semestre, las actividades de enseñanza estuvieron enfocadas a conocer la forma en que se trabaja en cada uno de los programas y sus respectivas líneas de investigación, las temáticas abordadas fueron las siguientes:

Programa de esterilidad: En el cual los contenidos giraron en torno a discriminar los criterios médicos utilizados para identificar entre las pacientes con esterilidad con respecto a las pacientes diagnosticadas de infertilidad por la clínica de reproducción asistida.

Programa de pérdidas: Este curso tuvo un enfoque más filosófico sobre la muerte, el duelo, el tipo de manejo dentro de las sesiones, y lecturas de artículos de investigación publicados por los responsables del programa, entre ellas la estandarización de la prueba de ansiedad Idare para la población del instituto.

Programa de diabetes: En este programa se explicaron las diferencias entre la diabetes gestacional y la diabetes mellitus

los riesgos que corre la paciente al contraer esta condición de salud. Fue el único programa con una postura más ecléctica, ya que utiliza las teorías cognoscitivas. El programa realiza una labor de educación a las pacientes de recién diagnóstico, o pacientes detectadas con baja adherencia al tratamiento médico.

Programa embarazo adolescente: El curso consistió en revisar los procesos de desarrollo psicológico que tienen los adolescentes, las características de su sexualidad y la construcción de criterios para explicar y determinar las adolescentes que están en riesgo, basada en un enfoque psicodinámico, la experiencia clínica y lo encontrado en investigaciones preliminares con la población.

➤ Asistencia

En la asistencia se cumplieron con los requerimientos del departamento, específicamente los del programa asignado que en este caso fue el programa de embarazo adolescente. Durante los cinco primeros meses las intervenciones se enfocaron únicamente a la atención de interconsultas en piso y la entrevista de primera vez con el fin de elaborar una historia clínica de la paciente, también se entrevistaron a los esposos de las pacientes como requerimiento del programa de terapia sexual o candidatos a la clínica de reproducción asistida.

Se observaron las sesiones de terapia de grupo en cámara y posteriormente se tuvo participación en sesiones como coterapeuta.

➤ Investigación

En investigación no se dio la oportunidad de aplicar programas desde la formación teórico metodológica de la residencia y la

maestría. Pero sí se apoyaron a las investigaciones del departamento de psicología, aplicando cuestionarios en una investigación sobre la percepción del dolor y los síntomas menstruales, así también dentro del programa embarazo adolescente en la aplicación y calificación de entrevistas y pruebas para una investigación sobre las funciones del yo.

2.4. Programas desarrollados

Como se ha mencionado anteriormente el departamento de psicología, posee programas y líneas de investigación ya definidos de acuerdo a la situación de enfermedad o condición de salud, cuyo enfoque teórico responde más bien a la psicología dinámica; las investigaciones son de tipo estudio de campo o estudios exploratorios.

A pesar de estas diferencias, relacionadas al marco teórico metodológico bajo el cual operó la residencia en medicina conductual, se realizó el esfuerzo de desarrollar programas de investigación aplicada, para casos especiales en los que se vio que la terapia grupal no estaba contribuyendo del todo a resolver la problemática del paciente.

Dos de ellos se describe a continuación.

2.4.1 Programa de prevención secundaria para adolescentes embarazadas del Instituto Nacional de Perinatología

Antecedentes

En tiempos pasados las mujeres eran madres a edades tempranas, situación que era propiciada socialmente, por que los hijos representaban fuerza de trabajo y existían diferentes condiciones económicas. La expectativa de vida no era muy alta. Hoy en día la maternidad a una edad temprana representa un problema social, económico y principalmente un problema de salud, por que además limita el desarrollo personal, social y laboral de las mujeres y condiciona una paternidad y maternidad sin planificación.

Antes de abordar el tema del embarazo adolescente, motivo de esta investigación es importante recordar algunos conceptos y características propias de la etapa adolescente.

□ La Adolescencia

La OMS propone que se denomine adolescencia al rango de edad que va desde los 10 a los 19 años. Sin embargo la adolescencia es mucho más que una etapa en el desarrollo humano, más bien se estaría hablando de un complejo proceso madurativo, en el cual intervienen variables biofísicas, sociales y por supuesto psicológicas.

La primera diferenciación conceptual está entre adolescencia y pubertad, el primer término reúne a los cambios físicos y biológicos; con hitos como la primera menárca y polución, que denotan el alcance de un nivel de maduración apta para la

capacidad reproductiva. Mientras que el término adolescencia designa los cambios y ajustes psicológicos, que tienen que ver con la identidad sexual, el desarrollo de habilidades cognitivas, el ajuste social de roles en cuanto al grupo de pares y el desarrollo afectivo (Acosta, 1994).

La sexualidad adolescente emerge desde el cambio hormonal, del aumento de producción de andrógenos que incrementa desde el impulso sexual, hasta los ensayos de la conducta sexual, que inciden en factores como la orientación sexual, la elección de pareja sexual y las primeras relaciones sexuales (Udry, 1990 en Shaffer, 1999).

A lo largo de los últimos años se han dado cambios no solo en la actitud sexual sino también en los patrones de comportamiento sexual; por lo general los adolescentes actuales entran en formas más íntimas de actividad sexual (masturbación, caricias y coito) a edades anteriores de los adolescentes de épocas pasadas (Bigham y Crockett, 1996). Además es notable el cambio del comportamiento sexual de las jóvenes de modo que las diferencias de género prácticamente han desaparecido en cuanto a la actividad sexual adolescente (Hendrick, 1994 en Shaffer, 1999).

Los adolescentes sexualmente activos que no lleva una práctica responsable de sus conductas sexuales, son susceptibles a contraer enfermedades sexuales, a llegar a un embarazo no deseado, o a recurrir a medidas como el aborto; de continuar con la gestación la adolescente se expone a un embarazo de alto riesgo. El embarazo en la adolescencia será la problemática central que abordara esta investigación.

□ Embarazo Adolescente

El embarazo y el puerperio representan una etapa de transición en la mayoría de las mujeres y sus familias, ésta comúnmente sucede sin dificultad, excepto para algunas mujeres que llegan a desarrollar patologías significativas como la depresión posparto o la psicosis post- parto. Los síntomas normales de ajustes que importantes estudios han sugerido como los más comunes son altos niveles de ansiedad en el primer y tercer trimestre del embarazo, en comparación con el segundo (Lubin y cols, 1975 en O'hara, 1990). Al parecer el embarazo y el puerpério no son sinónimo de ajuste deficiente en las mujeres, existen problemas asociados a demandas físicas del embarazo, parto y cuidados del niño, ocurre el impacto en el estado de ánimo y en el ajuste social. Sin embargo la tendencia general es que las mujeres se sientan funcionales después del parto, sólo el 10% al 15% sufren síntomas suficientemente severos como para ser considerados desordenes psiquiátricos (O'hara y cols,1990).

El embarazo de las mujeres adolescente tiene sus propias complicaciones, por ejemplo las adolescente no se encuentran familiarizadas con los síntomas propios de la gestación, ni con los sistemas de salud, viven desajustes psicólogos, con su familia, pareja y el propio embarazo. Las complicaciones médicas tienen correlación con el tiempo de inicio, la calidad de cuidados prenatales y la adherencia a los servicios de salud (Ahued, Lira y Simón , 1999 en Benitez,1999).

Debido a que la adolescente está iniciando su desarrollo es más vulnerable a presentar complicaciones obstétricas y neonatales

que pueden ser atribuidas a la inmadurez fisiológica (Méndez, 1996 y Serrano, 1995).

Las adolescentes embarazadas tienen mayor incidencia de padecer enfermedades hipertensivas (ACOG, 1990), una mayor frecuencia de complicaciones puerperales como los procesos infecciosos y la anemia materna (Serrano 1995). Entre otras complicaciones médicas están la preclamsia y eclamsia, ruptura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica, bajo peso al nacer y otras lesiones del canal de parto (Hollings, 1982, en Duarte, 1997).

En México, investigaciones especializadas en el INPer muestran que del grupo adolescente la población más vulnerable es la menor de 16 años, y el riesgo va en aumento con factores como bajas concentraciones de ferritina sérica en el 90% de pacientes, proceso infecciosos y enfermedades de transmisión sexual en el 43.5%, sobresaliendo la presencia de gardnerella y virus del Papiloma Humano. El 34% de la población tuvo infección de vías urinarias al menos una vez durante la gestación. La vía de resolución fue de cesárea en el 75% de la Población por la desproporción céfalo- pélvica seguida por la indicación de baja reserva fetal (Ahued, Lira y Simón, 1999 en Benítez, 1999). Las complicaciones neonatales aumentan la morbilidad del producto en los primeros años como: prematuridad, baja peso al nacer, retardo en el crecimiento fetal uterino, problemas de nutrición, infecciones y negligencia materna (Zetina 1991, en Gonzales, 1996).

□ Factores psicológicos y sociales

El embarazo a temprana edad sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa y económica y social de las mujeres en toda partes del mundo, puede limitar las condiciones de empleo, educación y trata efectos negativos a largo plazo para la calidad de vida (Secretaría de salud, 2000). Como efectos inmediatos psicológicos en el proceso mismo de embarazo, Fernández y Pick (1991) mencionan cambios claramente identificables de acuerdo al trimestre de embarazo; por ejemplo en el primer trimestre se espera una gran inestabilidad emocional, por las dificultades sociales, familiares y las decisiones que se toman, matrimonio, maternidad; el tercer trimestre, parece también estar acompañado de ansiedad, por la proximidad de la resolución del embarazo.

Al parecer la toma de decisiones y el camino a la acción juegan un rol importante en los nacimientos de padres adolescentes. Se aprecia que en el camino a la paternidad se toman numerosas decisiones: usar o no anticonceptivos; seguir con el embarazo o la opción de aborto; elegir la crianza o la adopción (Hary y Zabín, 1991 en Fustemberg, 1989).

Entre los efectos para los hijos de madres adolescentes, una investigación comparó un grupo de madres adolescentes de 14 a 17 años con madres primigestas mayores de 20 años; encontraron que los hijos de madres más jóvenes reciben menos apoyo emocional y menor estimulación cognitiva, tienden más a ser abusados físicamente, abandonados o desatendidos, en comparación con las madres de más edad; además las hermanas de madres adolescentes tienen un 83% más de probabilidades de

ser madres a temprana edad (Fundación Hood ,1996 en Miller ,2000).

□ Epidemiología

Fue hasta después de los años 70 que se reconoció a la maternidad en adolescentes como un problema social, precipitados por dos cambios demográficos: el primero el incremento en la actividad sexual en adolescentes, especialmente mujeres y en segundo lugar la reducción de los índices de matrimonio a esta edad (Vinovski, 1981 en Furstenberg, 1989).

En Estados Unidos el año 1990 se reportan 1.140.000 embarazos en adolescentes menores de 20 años, aunque de éste porcentaje solo el 51% de los embarazos llégan a término (Halan Guttmacher Institute, 1994 en Levine y cols, 1998).

Aunque la conducta sexual ha cambiado por ejemplo al reducir el número de parejas sexuales por el temor a las enfermedades, incrementó el uso de anticonceptivos del 46.2% en 1991 a 56.8% en 1997, el grupo adolescente mantiene un desconocimiento en el uso de anticonceptivo sobre todo los de emergencia (Miller, 2000).

En 1993 el gobierno americano reconoció que el embarazo adolescente le cuesta a su estado 6.9 billones de dólares al año y que el costo social que se va generando asciende entre 25 a 30 billones de dólares al año(Miller,2000).

En América Latina la creciente preocupación por el ejercicio de la sexualidad desinformada entre los adolescentes de la región, ha generado los últimos años una cantidad importante de investigaciones, desde diferentes disciplinas que analizan el tema, muchas de los cuales intentan incidir en programas y políticas preventivas.

El embarazo adolescente es uno de los aspectos preponderantes de los estudios de riesgo reproductivo, tradicionalmente tipificado como de alto riesgo debido a su asociación con complicaciones materno infantiles. Otra vertiente conceptual contempla el análisis del género de la identidad sexual de la adolescente y de su transformación con la maternidad (Atkin, Enrenfed y Pick , 1996).

□ La dimensión del problema en México

En México la población de las mujeres adolescente ha incrementado la tasa de fecundidad de 34% a 37 % en 1991, los nacimientos de madres adolescentes son alrededor de 450 mil al año. A pesar de importantes cambios registrados en los adolescentes, como el uso de anticonceptivo del 14.6% en 1976 a 36.1% en 1995, el embarazo en la adolescencia es una realidad presente (Secretaria de Salud , 2000).

El camino del aborto, es en el país la terminación del 20 % de los embarazos, siendo un procedimiento ilegal que es practicado en la clandestinidad, genera un riesgo elevado por las frecuentes complicaciones obstétricas y comprometen el futuro reproductivo (Duarte, 1997).

En 1994 se inició la instalación de servicios de salud exclusivos para las y los adolescentes en toda la república; estos servicios se caracterizan por contar con un grupo multidisciplinario, como resultado de la declaración de Monterrey (Secretaría de Salud, 2000). Sin embargo, aún no se han generado programas sólidos o lo suficientemente amplios para cubrir las necesidades de esta población en riesgo.

□ Prevención- medicina conductual

La medicina conductual como disciplina mantiene su interés no solo en la intervención de la enfermedad, sino también en las conductas de riesgo. Se trata de utilizar el conocimiento y la tecnología para la prevención de la enfermedad y protección y promoción de la salud y calidad de vida. A través de educación de los estilos de vida, control de los procesos emocionales, el rol del enfermo, efectos del estrés sobre el sistema inmunológico, afrontamiento de patologías, ejercicio físico y adherencia al tratamiento (Duncan, 1991).

El embarazo adolescente se ha mostrado hasta ahora como un problema multidimensional, por esta naturaleza podría bien explicarse a través del modelo conceptual que propone Ayala (1998) para el abuso de alcohol y alcoholismo. Se trata de una propuesta desde la teoría del aprendizaje donde se reconocen factores distales como: actitudes familiares; carencia de información y educación; factores genéticos; influencia social (pares) que predisponen a un patrón de riesgo, en este caso será el embarazo.

Por otro lado existen factores próximos como son las señales internas y externas, el modelamiento, la historia previa hacen de reguladores del comportamiento (Ayala, 1998). En el caso del embarazo adolescente estos factores también se cumplen, existen una serie de conductas proximales que propiciaron el embarazo y que pueden mantener condiciones desfavorables como el déficit en las conductas de autocuidado.

□ Estudios anteriores

Muchos estudios hacen referencia al uso de anticonceptivos, a la aparición o cambio de las manifestaciones de la conducta sexual y al embarazo, algunas de ellas pueden aportar importantes pautas sobre procedimientos, técnicas y hallazgos que ayuden a mejorar propuestas de tratamiento.

Se realizó un estudio, sobre la prevalencia del uso consistente del condón para prevenir el VIH; en este los resultados demostraron que sólo el 18 % lo usa con su pareja, el 45 % con parejas casuales. Las mujeres que más utilizaban el condón, tienen características como: hablar fácilmente del condón en cualquier conversación natural, conocen más las ventajas de su uso, y finalmente tienden a ser más eficaces con el uso del condón (Stark, O'Connell et al, 1998).

Pocos estudios enfocan el proceso de toma de decisiones que hacen los adolescentes respecto a estos temas. Se sabe que los adolescentes que deciden abortar tienen ambiciones educativas más altas, tendencia a ser buenos alumnos y estar más cerca de una clase social alta; son menos religiosos, tiene amigos y madres que son más tolerantes respecto al aborto (Isen, Zellman y cols, 1987, en Fustemberg, 1989).

El estudio que quizás más se acerca a la investigación es el de Flores (1997) en la que participaron veinte mujeres entre 15 y 19 años, se le aplicó un programa de educación para la salud basados en un modelo de adopción de precauciones de Weinstein, comprende un análisis de conductas preventivas, creencias y la conducción a la acción. En los resultados se lograron diferentes niveles de aprendizajes sobre el proceso del parto, riesgo y

precauciones durante el embarazo, además del uso de técnicas de resolución de conflictos que permitió el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Los instrumentos utilizados para esta investigación fue la entrevista especialmente orientada al problema, un cuestionario de estilos de vida y eventos estresantes y psicosociales del embarazo (Flores Alarcón, 1999).

De las soluciones que se han planteado para esta problemática, se encuentran los programas de intervención preventiva que han sido pensados desde las necesidades de las adolescentes, con servicios educativos y de anticoncepción, especialmente estos últimos que por décadas han sido exclusivos de mujeres casadas, se creía que la información alentaba un inicio precoz de las relaciones sexuales (Klein y Chapela, 1998).

Estos programas preventivos pueden ser clasificados en dos rubros A) los programas para demorar el inicio de la actividad sexual y B) los programas que promueven el uso de anticonceptivos. La mayoría de ellos han centrado sus esfuerzos los siguientes objetivos:

En México sobre la sexualidad adolescente, destacan los estudios de Pick que no solo ha descrito características sociales vinculada al embarazo adolescente, sino también un programa educativo completo para la prevención primaria de este problema. El curso comprende una serie de actividades grupales dirigidos a adolescentes de ambos sexos. Independientemente de la información, toma en cuenta habilidades como la asertiva en temas muy relacionados a la conducta sexual. Entre sus investigaciones Pick y colaboradores (1996), distinguen una serie

de elementos que participan del proceso sexual y reproductivo, como los siguientes: la existencia de relaciones sexuales, el uso de método anticonceptivos, la práctica del aborto, el embarazo y el nacimiento, la adopción y por último la crianza. Por otra parte se consideran los efectos culturales, sociales y psicológicos que tiene este proceso tiene en los sujetos y grupos vinculados, como son la escuela, los pares, las familias de origen, las características personales del adolescente varón (compañero de la joven o padres del bebé), y de la adolescente y en caso del alumbramiento del niño y la niña (Pick, 1996).

La complejidad del problema de estudio y las variables involucradas, deja un amplio campo no explorado. Los programas preventivos que se han desarrollado y otros que se siguen aplicando carecen de mecanismo de evaluación confiable.

□ Marco Conceptual

Prevención: Son actividades dirigidas específicamente para identificar los grupos vulnerables de alto riesgo que no han sido etiquetados, como para que se puedan emprender medidas con el objetivo de evitar el comienzo de un trastorno (Goldston, 1979, en Fernández, 1994).

Prevención secundaria: La prevención secundaria tiene como objetivo la reducción de la enfermedad cumpliendo dos objetivos: descender la proporción de casos nuevos mediante la modificación de los factores que llevan al trastorno, descender la proporción de casos, al acortar su duración mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo (Caplan 1980 en Fernández, 1994).

Educación en salud: Es la disciplina que se preocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas capaces de incluir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas en el individuo y de comunidad respecto a su salud (OMS 1983).

Embarazo de Alto riesgo: Es aquel que está definido como cualquier embarazo en donde exista un factor maternal o fetal que podría actuar potencialmente de forma adversa a la resolución del embarazo(Quenan 1985 en O'hara y Cols 1989).

Objetivo general: Implantar un programa preventivo para adolescentes embarazadas para desarrollar y afianzar conductas protectoras de autocuidado durante el embarazo con el fin de reducir riesgos obstétricos, manteniendo la adherencia terapéutica y abriendo la posibilidad de ampliar el tiempo intergestacional.

Objetivos específicos:

- Mantener la conducta alimentaria de autocuidado durante el embarazo.
- Mantener un nivel adecuado de actividad física.
- Conseguir la elección de algún tipo de método anticonceptivo.

Método

□ Variables

Variable Independiente: El Programa de Prevención Secundaria de Embarazo Adolescente en Pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.

Variable Dependiente: Mejorar las conductas de autocuidado durante el embarazo y el puerperio.

□ Definiciones Operacionales

Conducta de Autocuidado

Este estudio entenderá como conducta de autocuidado a las conductas saludables que estén involucradas en el bienestar durante y después del embarazo, como son la conducta de alimentación, actividad física y la regulación de la conducta sexual.

Adherencia Terapéutica

Es a el cumplimiento de las recomendaciones médicas y la ejecución de las conductas de autocuidado durante el embarazo y puerperio.

□ Sujetos

Participaron de esta investigación 30 adolescentes embarazadas que cumplan con el siguiente criterios:

- Primigestas (Primera gestación)
- Edad gestacional entre 5 y 8 meses
- Edad entre 14 y 18 años
- Embarazo que no sea producto de abuso sexual o incesto
- Sin antecedente de aborto
- Sin enfermedades neurológicas
- Sin retardo mental
- Que no estén participando de ningún tipo de terapia psicológica

□ Diseño

El diseño seleccionado fue un diseño cuasi experimental de preprueba - postprueba y grupo control. Los sujetos son

El mismo estará organizado en 10 sesiones de hora y media, una vez a la semana.

Fase C. Se realizó la evaluación posttest, en la misma se aplicó la misma batería de instrumentos a los dos grupos.

Fase D. Análisis de los resultados, comparación de los resultados obtenido entre grupos e intragrupos. Revisión del expediente clínico para conocer la resolución del embarazo, el proceso del parto, si se presentaron complicaciones y finalmente si la adolescente hizo una elección de algún método anticonceptivo, este último paso puede ser cubierto en días subsecuentes del puerperio.

Programa de prevención secundaria, una intervención grupal para el desarrollo de conductas de autocuidado durante el embarazo y puerperio.

El programa estuvo conformado por dos módulos. El primero es un paquete de educación para la salud, información distribuida en diferentes temas en salud, para que las pacientes conozcan los motivos por los cuales deberán modificar ciertos hábitos y conductas dentro del embarazo.

El segundo módulo, tuvo un componente más activo de entrenamiento en habilidades sociales y de solución de problemas, en el cual se le enseñaron a las pacientes a practicar los contenidos conceptuales, ejercitando sus conductas. Una vez adquiridas se realizó un monitoreo a través de autoregistros.

□ Posibles Resultados

Conseguir que las conductas de autocuidado generen en la adolescente una actitud positiva de autocuidado, haciendo de la experiencia del embarazo una situación de aprendizaje sobre su salud y la capacidad de controlar sus conductas.

Lograr que las adolescentes hagan una elección de un método anticonceptivo, reconceptualizando su sexualidad en un marco de responsabilidad, para así tener un tiempo mayor entre gestaciones.

Referencias

Ayala, H. (1998). Investigación de proceso, de resultado y de diseminación. Intervenciones analítico conductuales en problemas socialmente relevantes. Aportaciones Mexicanas a la Psicología. México : Universidad Nacional Autónoma de México.

Alan Guttmacher Institute. (1981). Teenage Pregnancy: The problem that hasn't gone away. New York: Coley y Chase-Lansdale.

Duarte, M. (1997). Embarazo adolescente y sus implicaciones emocionales un estudio comparativo entre adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernández, L. (1995). Manual de psicología preventiva teoría y práctica. Madrid : Siglo XXI.

Flores, A. (1999). Elaboración e implantación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes. Unidad de investigación de la Universidad Católica de Colombia. Consultado julio, 2000 de dirección electrónica [http:// www.psicología.com](http://www.psicología.com)

Fustemberg, F., Brooks, G., Chase-Lansdale . (1989). Teenaged pregnancy and Childbearing. American Psychologist, Vol 44, N. 22, 313-320.

Gonzales, L.(1996). Adolescentes embarazadas ansiedad y estilos de afrontamiento. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Levine, C., Chase, L. (1998). Adolescent Pregnancy and Parenthood Recent Evidence and Future Directions : American Psychologist, Vol 53, N.2, 152-166.

O'Hara, M., Reider,R., Jhonson, S., Milburns y Cols.(1995). Psychological Aspects of Womens Reproductive Health. New York: Spriger Publishing Company.

Miller, F.(2000). Teen Pregnancy: Journal Pedriatic and Adolescent Gynecology n.13 pag 5-8.

Stark.M, O'Connell et al.(1998). Psychosocial factors Associated With the Stages of Change for Condom Use Among Women al Risk for HIV and STDs: Implicacions for Intervention Development. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 66 N.6 967-978.

Sampieri, F., Fernández, C., Baptista,P.(1998). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Simón, Lira, G, Ahued.(1999). Embarazo adolescente en México un problema real. Benítez, Compilador. Salud Sexual y reproductiva. México :Inper.

Weissberg,R., Caplan,.M., Harwood,R. (1991). Promotion Competent Young People in Competence- Enhacing Enviroments A

Systems- Based Perspective on Primary Prevention: Journal of Consulting and Clinical Psychology- Vol.59, N. 6,830-840.

2.4.2. Manejo de la Ansiedad en un Caso de Disfunción Sexual Femenina con Antecedentes de Abuso Sexual

Meave, S., Limones, M. (2000).

□ Justificación

La motivación para desarrollar ésta plan de tratamiento fue la de responder a la necesidad de ofrecerle a las pacientes especiales del Programa de terapia sexual, una alternativa de tratamiento con enfoque cognitivo conductual que pueda trabajar con las respuestas fisiológicas y los errores de pensamiento que mantienen la disfunción sexual y las repercusiones en su relación de pareja. Se inició este programa experimental con intervenciones individuales, con el propósito de generalizar posteriormente este modelo de tratamiento.

Antecedentes

La sexualidad acompaña al ser humano a lo largo de su vida y la respuesta sexual de este puede transcurrir normalmente y ser fuente de satisfacción y placer, sin embargo cuando la función sexual se ve afectada puede ser origen de ansiedad, frustración, angustia y consecutivamente generar malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Master y Johnson, 1995).

□ Disfunción sexual

Algunas de las disfunciones sexuales según el manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM IV,1997) son: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón,

trastorno orgásmico femenino y masculino, eyaculación precoz, dispareunia y vaginismo.

Los trastornos de la respuesta sexual humana pueden tener diferentes orígenes que van desde los fisiológico, hasta aspectos psicológicos y sociales, entre los cuales destaca el abuso sexual infantil el que cada vez se hace más común en nuestros días. El presente trabajo sólo abordara trastorno del deseo sexual hipoactivo, el trastorno de la excitación sexual femenina y el trastorno orgásmico considerando que estos pueden aparecer si existe un antecedente de abuso sexual..

El trastorno del deseo sexual suele mantener la respuesta sexual física, sin embargo no se presentan deseos de participar en la relación sexual, ya sea por desinterés o por miedo, el diagnóstico solo es válido cuando esta falta de deseo no es voluntaria, sino por el contrario es un foco de malestar personal.

Es común que conjuntamente aparezcan señales de dificultades en la fase de excitación y orgásmica, puede presentarse también una falta de identificación de indicios de excitación sexual en su propia persona, al poseer un repertorio limitado de indicadores para calificar de sexual ciertas señales exteriores e interiores.

En estos individuos existe poco interés para iniciar el comportamiento sexual, se muestran poco receptivas a las insinuaciones de su pareja y en ocasiones terminan por ceder a estas para no dificultar la convivencia con su pareja.

El trastorno de la excitación sexual en la mujer se caracteriza por la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta terminar la actividad sexual, este trastorno provoca malestar o dificultades en las relaciones interpersonales, este trastorno no se

explica por efecto de alguna sustancia o a alguna enfermedad médica. (DSM IV,1997).

El trastorno orgásmico femenino es caracterizado por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación normal, las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida, provoca malestar en las relaciones interpersonales y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno o por efecto de alguna sustancia o a alguna enfermedad médica. (DSM IV,1997)

□ Abuso Sexual

No es necesario decir que la violación es un hecho traumático, la víctima suele presentar angustia psicológica, fobias y disfunción sexual (Sue, 1996). Las repercusiones pueden generarle sintomatología que sugiera alteración emocional y limitaciones en sus interacciones sociales y de pareja.. Muchos de los episodios de abuso sexual se dan en la infancia.

El abuso sexual infantil ha sido definido como una situación en la cual un adulto adolescente mayor tiene contacto físico con un/a niño/a para la estimulación o gratificación sexual del adulto. En estos casos utiliza siempre la ventaja que le da su autoridad o posición de poder para llevar a los menores a estas actividades. Los menores por no haber alcanzado aun su madurez emocional, no poseen los elementos para evaluar adecuadamente estos actos, por

lo tanto, carecen de capacidad para consentir plena y conscientemente (Caballo,1991).

Los daños que trae a las víctimas esta situación van desde los físicos hasta los emocionales algunos son: estado de shock, desesperanza, vergüenza y culpa, acceso de llanto repentino, insomnios y terrores nocturnos, tristeza, angustia, temor al rechazo y una sexualización de la conducta, masturbación intensa, juegos sexuales inapropiados, búsqueda de nuevas situaciones de riesgo sexual.

Sin embargo existe evidencia de que este daño puede perpetuarse hasta la edad adulta, trayendo múltiples complicaciones al individuo que han sufrido el abuso sexual infantil, existen numerosos estudios que sustentan que las personas que son víctimas de abuso presentan un alto impacto emocional ante esta experiencia de ansiedad, depresión, baja autoestima, uso de drogas, mayor tendencia al suicidio, así como dificultad para iniciar o mantener una relación emocional, aún cuando ha transcurrido un tiempo considerable después de esta (JAMA, 1997).

□ Desensibilización sistemática

Dentro de las técnicas de intervención en casos de abuso sexual se han mencionado varias. Según la revisión exhaustiva de Turner, Di Tomasso y Deluty (1985 en Caballo,1991) existe una abrumadora evidencia de que la desensibilización sistemática ha demostrado ser un tratamiento eficaz en los trastornos con fobia, ansiedad para los exámenes, el asma, las cefaleas debidas a contracciones musculares, y a diferentes tipo de disfunción sexual (Caballo, 1991).

La técnica trabaja desde la inducción en el paciente un estudio fisiológico inhibitor de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos.

Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuesta de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente “más fuertes”, que son tratados en forma semejante. Permite superar hábitos neuróticos.

Esta técnica fue propuesta por Joseph Wolpe (1993) basada en el paradigma de que los efectos autónomos que acompañan a la relajación profunda, son diametralmente opuestas a las características de la respuesta de ansiedad y consta de las siguientes etapas:

1. Adiestramiento en relajación muscular profunda. (Jacobson)
2. Establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos (Suds).
3. Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad.
4. Los datos en bruto se pueden obtener de: a) la historia clínica, b) las respuestas al cuestionario de Willoughby, c) cuestionario de miedos de Wolpe y Lang, y d) de un sondeo especial con el paciente.
5. Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

Wolpe (1993) utilizó la técnica de desensibilización en lo que él llamó respuestas sexuales inhibidas, la empleó en el tratamiento de “inadecuación femenina”, (término que actualmente está en

desuso) y consideró que podía influir en la ausencia total de respuesta sexual, hasta la incapacidad de lograr el orgasmo a pesar de una excitación sexual muy grande. Las causas de tales problemas podrían tener su origen en deficiencias constitucionales; por la una inhibición condicionada relacionada con experiencias tempranas asociadas con sentimientos negativos o ansiedad; o podría haberse originado en un intento de violación u otro trauma sexual; también podría adquirirse por la frustración repetitiva de la excitación por alguna razón.

En algunos casos, Wolpe (1993) trabajó estableciendo jerarquías de estímulos sexuales, en otras empleó desensibilización in vivo y en otras usó la condición de observación durante el orgasmo. Este mismo autor consideró que la respuesta sexual puede verse afectada también por problemas de pareja.

Método

□ Sujetos

Criterios de Selección

- Edad entre 25 y 40 años
- No haberse sometido a histerectomía u otra intervención quirúrgico-ginecológica
- No presentar síntomas de climaterio
- Presentar disfunción sexual por más de un año

□ Variables

Variable Independiente: El programa de manejo de la ansiedad en disfunciones sexuales femeninas.

Variable Dependiente: Respuesta sexual femenina (Desde el trastorno del deseo- orgasmo- resolución, hasta las dificultades interpersonales).

□ Definiciones Operacionales

Respuesta Sexual: Este estudio comprenderá como respuesta sexual femenina a la capacidad de respuesta fisiológica a través de las diferentes etapas deseo –excitación – meseta- orgasmo.

Ansiedad: A los síntomas reportados en los instrumentos y registros conductuales.

Disfunción Sexual: se entenderá a toda interferencia de la respuesta sexual, producida por déficits en el repertorio de conductas sexuales o cogniciones interferentes en la misma.

□ Instrumentos

- Escala SUDS (Wolpe) complementaria a la técnica de desensibilización sistemática.
- IDARE - Instrumento validado a la población del INPer.
- Registro conductual de las sesiones de terapia.
- Es un instrumento especialmente adaptado para registrar los cambios conductuales de la paciente (actitud hacia su cuerpo, respuestas, interés sexual, etc).
- Registro A. Cambios conductuales en la respuesta sexual
- Registro B. Imágenes y cogniciones en la conducta sexual
- Manual de técnicas aplicadas a las disfunciones sexuales en la terapia sexual. Kaplan (1978), Alvarez G.(1988); adaptados por Sánchez (1997).

□ Procedimiento

Fase I. Diagnóstico clínico del caso

Utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV y la entrevista clínica conductual.

Fase II. Diagnóstico de la esfera psicosexual del paciente

Evaluación (Pretest) a partir de los instrumentos clínicos ya descritos e inventarios clínicos adaptados especialmente para explorar esta área.

Fase III. Establecimiento de los objetivos clínicos

Determinar si la paciente requiere de otras intervenciones clínicas antes de entrar de lleno con la destinada a mejorar el área sexual.

Primarios de intervención clínica

Es decir establecer posibles trastornos de personalidad u otros que estén descritos en el eje uno y dos del DSM IV; para identificar si el paciente es candidato u otro tipo de terapia antes de recibir el tratamiento en terapia sexual. * Intervención Individual

Secundarios de intervención especializada

Detectar cuál o cuáles son las dificultades que se presentan a lo largo del proceso de la respuesta sexual

Objetivos general: Reeducar las conductas sexuales de la paciente, para procurarle un desarrollo psicosexual adecuado, que le permita una vida sexual satisfactoria y equilibrada.

Objetivos específicos:

1. Reducir significativamente los niveles de ansiedad que le generan las conductas sexuales.

2. Conseguir implantar nuevos patrones asertivos en el repertorio de comportamiento sexual.

Fase IV. Intervención cognitivo- conductual

Esquema general de intervención:

- Fases predisponentes o históricas
- Factores actuales
- Educación (cambio de ideas o mitos)
- Reducción de la ansiedad
- Ejercicios conductuales estructurados
- Entrenamiento en habilidades sociales

Fase V. Evaluación Terapéutica

Evaluación (Postest), con los mismos instrumento de la evaluación preliminar(Prestes) con el fin de conocer el alcance de las técnicas aplicadas, la mejoría de los síntomas.

No se describen las siguientes fases ya que no se pudo aplicar el programa de intervención.

Referencias

Caballo, V. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid : Siglo XXI.

First, M., Allen, F., Pincus, H. (1997) Manual de diagnóstico diferencial. Barcelona: Masson, S.A.

JAMA (1997) Trastornos Físicos y Psicosociales por Abuso Sexual en la Infancia. Consultado febrero, 2000 de <http://jama.ama-assn.org/subs/loginh>.

Obler, M. (1973). Systematic Desensitization in Sexual Disorders. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol 4 (2), Jun.

Sánchez, V. (1997). Manual de Técnicas Aplicadas a las Disfunciones Sexuales en la Terapia Sexual: Material utilizado en el Programa de Terapia sexual del Depto de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

Sarwer, D. (1996) Childhood Sexual Abuse as a Predictor of Adult Female Sexual Dysfunction: A study of couples seeking sex therapy.

Sue, D., Sue, S. (1994) Comportamiento anormal. México: Mac Graw Hill.

Wolpe, J. (1993) Práctica de Terapia de la Conducta. México: Trillas.

2.5. Modelo de manejo de casos especiales para el programa de embarazo adolescente

Se tuvo la oportunidad de atender algunos casos especiales con técnicas cognitivo- conductuales, este modelo es un ejemplo de cómo se estructuraron metodológicamente las intervenciones.

□ Resumen del Caso

▪ Antecedentes Sociofamiliares

Paciente femenina de 17 años, vive en unión libre hace 2 años con su pareja de 27 años. El nivel de escolaridad de la paciente es de secundaria completa, el nivel escolar de su pareja es segundo de secundaria.

La ocupación actual de la paciente es el hogar, su pareja trabaja como herrero en un taller, su vivienda esta ubicada en Iztapalapa. Familia de origen: padre de 48 años, madre de 34, separados hace 13 años, es la segunda hija entre dos. La paciente reportó antecedentes de violencia familiar con experiencias de agresión física y psicológica, conductas de consumo de alcohol del padre, abuso sexual a la edad de 5 años por un pariente cercano, adicción a las drogas en el hermano y problemas de relación con el padrastro..

- Queja principal: “Yo no lo podía creer, es difícil estar embarazada, me preocupa la salud de los bebés y la mía, yo deseaba ser mamá pero como a los 20 años”

▪ Breve historia del problema

Llevaba una relación de dos años en unión libre con su actual pareja, utilizaban el ritmo como método anticonceptivo; la paciente

no deseaba embarazarse sino hasta los 20 años, sin embargo acepta el embarazo y luego la noticia que son dos productos.

Mantiene relación con su familia preocupándose por el bienestar de todos, asume la responsabilidad de hacerse cargo de su hermano con problemas de adicción y de conducta. La relación de pareja es aparentemente estable. El embarazo gemelar es una fuente de estrés, con relación a los cambios que está experimentando biológicos como psicológicos.

(Ver. Cuadro de Historia del embarazo).

Cuadro. Historia del embarazo

FECHAS	ATENCION MÉDICA SÍNTOMAS FÍSICOS
Enero	Retraso de menstruación
Febrero	Náusea, vómito Dx. Embarazo
03- marzo	15 SDG Ultrasonido- *Embarazo Gemelar
03- abril	Cita 1ra vez INper 19/ 20 SDG
06- abril	Leucorrea Bacteriana
4- mayo	Anemia
25- mayo	Cita de Control
29 - junio	Reposo Absoluto
03- agosto	Control - Fecha de Cesárea

- Metas tentativas de la paciente

“ Ahora sí tengo la responsabilidad del embarazo”

“ Quisiera dejar de preocuparme, que salgan bien mis bebés”

□ Evaluación del Problema

Es canalizada al Depto de Psicología por Trabajo Social a cita de primera vez, se transfiere a la paciente a Psicoterapia y luego es seleccionada para recibir terapia individual. (Ver. Historia de la conducta y atención psicológica).

Se emplearon dos sesiones de Evaluación en las que se aplico el IDARE y la Historia clínica comportamental. Y dos sesiones de tratamiento. La asistencia de la paciente fue irregular, se *interrumpió* por hipertensión y la indicación reposo absoluto.

Instrumentos de apoyo utilizados para el diagnóstico o por utilizar:

Se utilizaron:

- Expediente Clínico (Médico del la evolución del caso)
- Historia Clínica del Psicología del INPer (De la entrevista de primera vez)
- Historia clínica conductual
- IDARE estandarizado INPer
- DSM-IV.
- Observaciones de conducta de la paciente durante las entrevistas.

□ Análisis clínico del problema

El evento de vida en este caso el embarazo y la cirugía (Cesárea) que facilitara el nacimiento de dos bebés se convierten en un estresor mayor para la paciente adolescente, generando sus miedos, a los que se suma el propio estado de gestación que tiene cambios fisiológicos importantes.

(Ver Fig. Análisis e Hipótesis Explicativa del Caso)

Dx. Médicos - Embarazo Gemelar - Adolescente
-Cervico Vaginitis Bacteriana por Leucorréa

Algunos de los síntomas más relevantes

Cogniciones

Miedos 1) Salud de los Productos

2) Salud de ella misma

3) A que le pase algo a su mamá

Conductas Problema

Déficit de habilidades sociales, sus interacciones son agresivas, mantiene una actitud defensiva y de desconfianza.

Tics nerviosos. Tensión muscular

Sentimientos

Ansiedad- por el Parto

Síntomas Físicos Embarazo

b) Consecuencias de la conducta problema

El percibir el embarazo y nacimiento de los productos como una amenaza retroalimentando el estado de ansiedad y estrés.

(Ver Figura. Modelo Explicativo Ansiedad y Embarazo Adolescente)

□ Plan de Tratamiento

* Intervención breve por las condiciones físicas de la paciente

Objetivo terminal del tratamiento: Es el de coadyuvar a la reducción de los síntomas de ansiedad, para preparar a la paciente a la cesárea.

Técnicas a utilizar

- Entrenamiento Asertivo
- Solución de Problemas

□ Resultados de la Evaluación

IDARE Inper

Ansiedad Rasgo 38 ----- 47

Ansiedad Estado 30 ----- 43

Historia Conductual :

Los síntomas referidos

• Síntomas - condición de embarazo

BIO FISICOS	CONDUCTAS
Dolor de Pecho	
Palpitaciones	Tics
Falta de Aire	Déficit en
Dolor de Cabeza	Habilidades Sociales
Insomnio	

□ Diagnóstico

Fobia simple (Situacional al evento de la intervención quirúrgica cesárea)

Disfunción Sexual

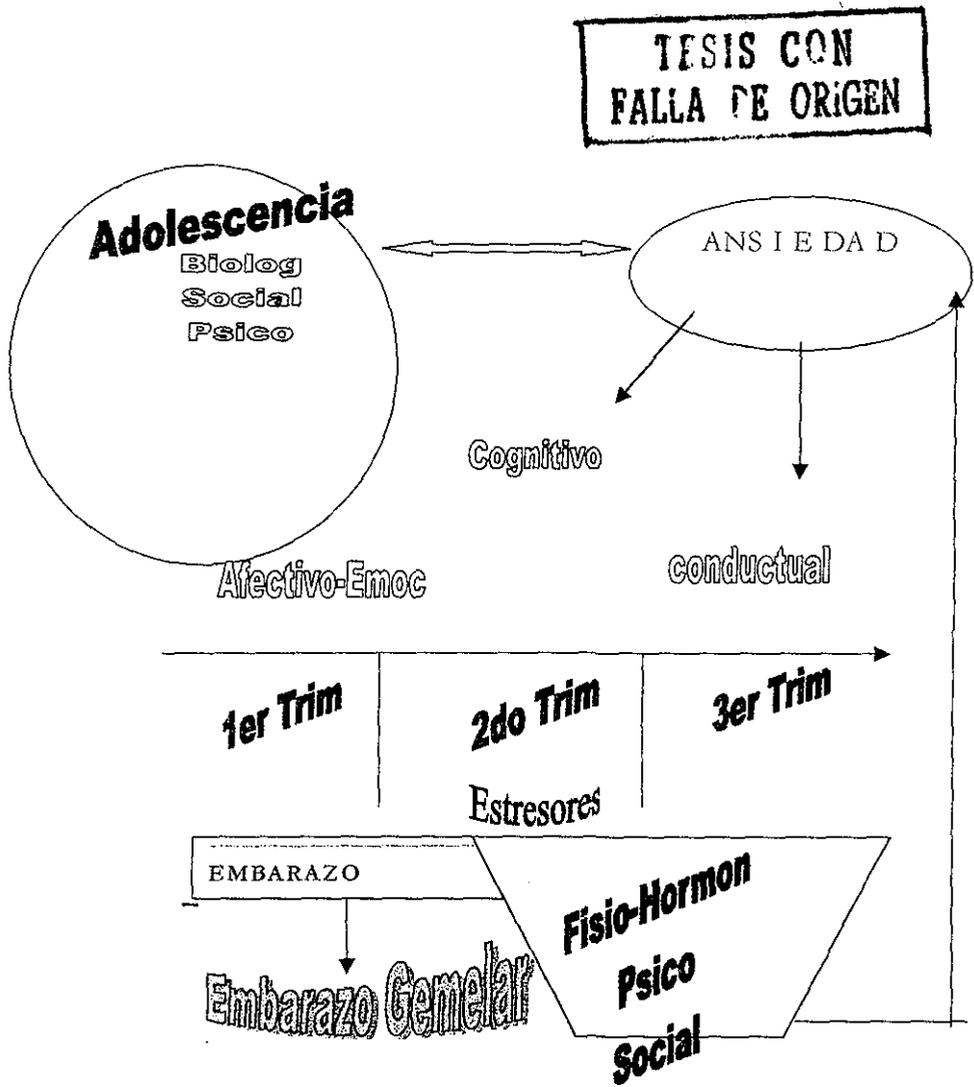


Fig. Modelo explicativo embarazo adolescente y ansiedad

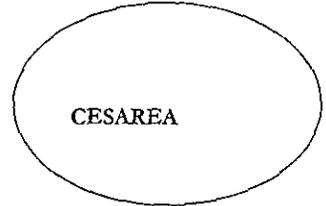
Cuadro. Historia la conducta problema y la atención psicológica
INper

FECHAS	ATENCION PSICOLÓGICA SÍNTOMAS Y ACTIVIDADES
4 - Mayo	1ra Entrevista- Historia Clínica Dx- Abuso sexual del niño con antecedentes de Trastorno depresivo mayor Paciente referida a terapia de Grupo
8- Mayo	Falta a la Sesión
15- Mayo	Asiste a Tde Grupo Embarazo Adol Manifiesta conducta desafiante y agresiva Remiten el caso como especial- Terap individual
25 de Mayo Cita en consulta externa ginecólogo	Evaluación Aplicación HP- BASIC ID. <ul style="list-style-type: none"> • Observación Ansiedad:, mov manos, sudor, brazos, mov pie.etc. • Se afianza la relación terapéutica
12-Junio	Revisión HP- BASIC ID Idare
15- junio	Primera Sesión
29- junio	Sesión 2
3-agosto Cesárea 6-agosto	Sesión 3 seguimiento

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

Hipótesis Explicativa

ESTRESORES



EMBARAZO GEMELAR



- Miedos Salud Bebés
- Miedo Salud Personal
 - Miedo a Morir



Respuestas de Ansiedad

Fig. Análisis e Hipótesis Explicativa del Caso

□ Procedimiento de Intervención

Sesión 1.

Técnica: Habilidades Sociales

1. Delimitar un problema actual: Le falta la habilidad de Preguntar y referir síntomas al médico tratante en consulta externa
2. Discriminar: Conducta asertiva- no asertiva – agresiva
3. Modelado de la conducta apropiada (Contenido- Lenguaje no Verbal, postura, mirada)
4. Ensayo Conductual
5. Retroalimentación
- 6-. Ensayo Conductual

Tarea: Autoreporte interacción hospital- familia
elaborar lista de preguntas para el médico tratante

Técnica : Solución de Problemas

- 1)Definición del problema: Conducta desafiante del hermano
- 2)Generación de alternativas
- 3) Toma de decisiones
- 4) Poner en práctica la solución: Tarea: Poner límites al hermano

Sesión n.2

- Revisión de Tareas
- Retroalimentación de logros y limitaciones

Ensayo conductual de las conductas de preguntar y referir síntomas

Educación: Información sobre los procedimientos de cesárea
* Autocontrol. Se interrumpe la sesión y el tratamiento por la indicación de reposo absoluto

Sesión n.3 Seguimiento

Cuestionario: Auto reporte de la eficacia de la evaluación de satisfacción al tratamiento.

Reportó:

- Un mayor autocontrol lo que le sirvió para tolerar el bloqueo y las preparaciones para la Cesárea.
- Logró mejora en las habilidades Sociales, expresar mejor y referir sus estado físico al médico tratante, definir y comunicar situaciones que le generen miedo a su pareja(Generalización)
- Cambio de Ideas Respecto al Abuso Sexual en la Infancia, dejó de percibir los recuerdos de la situación con culpa.

Competencias profesionales

La experiencia en perinatología permitió ejercitar y afianzar las habilidades clínicas en el diagnóstico de casos, en donde la problemática psicológica está presente muchas veces compartiendo una enfermedad o condición de salud sexual o reproductiva. También en el campo de las intervenciones, se desarrolló una serie de habilidades para cubrir las necesidades institucionales y de la paciente a la brevedad, especialmente en interconsultas de hospitalización usando intervenciones breves.

A pesar de que el entrenamiento en terapia de grupo tuvo un enfoque teórico diferente(psicodinámico), se aprendió mucho de las necesidades de la población adolescente con embarazo no deseados, las observaciones en la cámara y las intervenciones en las sesiones sirvieron para realizar comparaciones entre las formas de trabajo de la medicina conductual y el trabajo

desarrollado en el programa, las diferencias metodológicas, al uso de técnicas específicas como la relajación o el entrenamiento asertivo y principalmente en la capacidad de evaluar la intervención. Otro factor que contribuyó a revisar las habilidades clínicas a pesar de las diferencias teóricas antes expuestas, fue la modalidad de supervisión de sesiones de terapia de grupo.

El logro quizás más relevante, fue el haber realizado el manejo de algunos casos especiales, en los que se adaptaron las intervenciones a los requerimientos de cada uno de los casos. Se logró desarrollar un modelo de intervención para el manejo del estrés en embarazo gemelar y el embarazo por abuso sexual en adolescentes desde un enfoque cognitivo conductual.

Las actividades de investigación en el caso de los programas desarrollados no se aplicaron, sin embargo el construirlos significó un excelente ejercicio de aplicación de conocimientos.

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Introducción

La Maestría profesional de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, tiene como objetivo formar recursos humanos competentes en el campo de la psicología de la salud, para el cual el programa en medicina conductual ha desarrollado una residencia que incluye dos objetivos centrales, el primero, como ya se ha mencionado, es el realizar un entrenamiento en intervenciones supervisadas en instituciones de salud, como son los diferentes hospitales cedes del programa, cubriendo las necesidades de atención psicológica en pacientes enfermos o en riesgo de salud, en los diferentes servicios de especialidades médicas y problemáticas de salud.

El otro objetivo complementario es el de capacitar al estudiante en investigación, en el campo de conocimiento de la maestría, teniendo como objetivo ultimo demostrar la utilidad de las técnicas de la medicina conductual para dar solución a las problemáticas de enfermedad donde se pueden aplicar estos conocimientos. Además de aportar al campo de conocimiento con productos de investigación de calidad que pueda ser difundidos, y que sean de utilidad en la evaluación, intervención y abra otras posibilidades de investigación que puedan explicar la relación de las variables psicológicas en la enfermedad, incluso antes de que la enfermedad aparezca.

Considerando este último objetivo, todas las actividades del área de investigación contenidas en esta tercera parte del reporte fueron desarrolladas bajo la supervisión del tutor académico.

En una primera etapa, el trabajo principal se enfocó hacia el desarrollo del protocolo de investigación en leucemia infantil, dentro de la línea de investigación de psicología de la salud, los esfuerzos se centraron en establecer un equipo de trabajo para plantear el esquema general metodológico y teórico sobre la base del cual se pudieron desarrollar diversos proyectos de investigación, en lo que se puede denominar el área de pediatría conductual particularmente en la problemática con el cáncer infantil en el caso de la leucemia.

Y en una segunda etapa, el trabajo de investigación desarrolló dos estudios para la adaptación del Inventario de depresión infantil de M. Kovacs; el primer estudio del Cuestionario de estilos atribucionales de Seligman y el desarrollo de un Protocolo de investigación para el desarrollo de Manuales informativos para niños con leucemia en el Instituto Nacional de Pediatría.

3.2 Antecedentes

Para comprender la importancia del tema de investigación, cabe mencionar que las enfermedades crónico degenerativas están siendo en la última década motivo de amplias investigaciones y del desarrollo de redes de atención en salud en todo el mundo. Siendo el cáncer una de las enfermedades que más atención está recibiendo, debido a que es la segunda causa de muerte en países desarrollados (American Cancer Society e, 1992 en Sarafino 1994).

□ El cáncer

El cáncer es una proliferación de células que usualmente forma una neoplasma maligno y aunque hay más de 200 variedades de cáncer descritas por los especialistas, hay cuatro tipos que son los más frecuentes, los carcinomas que pueden encontrarse en las células de la piel, u órganos como los digestivos y respiratorios; los linfomas, cáncer en el sistema linfático; los sarcomas, que son neoplasmas malignos en los huesos o tejido conjuntivo y en el cuarto grupo están las leucemias, que son células cancerosas en las células de la sangre que se encuentran en la médula ósea (Nelson y Williams, 1990 en Sarafino 1994).

Aunque a nivel mundial el cáncer infantil representa solo el 5% de todos los cánceres, cada día se descubren más casos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, en países desarrollados se constituyen en la segunda causa de muerte. Dentro de los tipos de cáncer infantil, la enfermedad que se seleccionó para la intervención fue la leucemia, por ser la más frecuente en la población infantil con diagnóstico de cáncer.

□ Leucemia

La leucemia es una enfermedad maligna y progresiva, caracterizada por un gran número de glóbulos blancos, células que se asemejan a los linfoblastos. Estas células pueden ser halladas en la sangre, la médula ósea, los nódulos linfáticos, el bazo y otros órganos (Leukemia Society of America, 2001).

La clasificación general que se hace de las leucemias tiene que ver con el nivel de evolución, las leucemias agudas avanzan muy rápido y son causa de muerte en una relación de meses, pueden presentarse en personas a cualquier edad incluso en niños muy pequeños. La leucemia crónica evoluciona de forma lenta tiende a afectar más a personas mayores. Por otro lado existen otras clasificaciones que tiene que ver con el tipo de células anormales, por lo que hay por lo menos ocho tipos de leucemias agudas y dos tipos de leucemias crónicas(USGAO,1987). Las más conocidas son las leucemias mieloides y las leucemias linfoblásticas.

□ Posibles causas y factores de riesgo

El Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos estima que el estilo de vida y los factores ambientales están relacionados con el desarrollo de prácticamente el 90% de la incidencia de cánceres. De los cuales el 30% está relacionado al uso de tabaco y el restante 25 a 35 % de la mortalidad por cáncer se relaciona a factores alimentarios. Los factores ambientales incluyen todos los cancerígenos que contienen el agua, aire y la tierra. Paradójicamente muchos procedimientos de la tecnología médica también han mostrado en algunos estudios su influencia en las causas del cáncer, entre ellos tenemos las radiaciones, los inmuno supresores, y algunos tipos de esteroides (Green-wald y Sondik,1986).

En la mayoría de los casos no existe una causa aparente, aunque se piensa que algunos agentes como las radiaciones, toxinas como el benzeno y algunos agente de químicos podrían inducir la leucemia. Incluso la anormalidad en los cromosomas podrían jugar un rol en el desarrollo de la leucemia aguda. Los factores de riesgo

incluyen el síndrome de Down, el tener un hermano con leucemia, y la exposición a radiaciones, químicos y drogas. La incidencia es de 6 cada 100,000 personas (Cancernet, 2001).

□ Epidemiología

Se ha encontrado que la leucemia linfocítica aguda (L.L.A) es responsable del 80% de las leucemias agudas de la niñez, el pico de incidencia ocurren entre los 3 años y los 7. El cuadro de L.L.A también está presente en adultos, conforma el 20% de todas las leucemias adultas.

En la leucemia aguda, las células malignas pierden su capacidad de maduración y especialización en diferentes funciones. Estas células se multiplican de manera rápida y reemplazan a las células normales. Entonces se dan fallas en médula ósea, cuando las células malignas reemplazan a las normales y elementos que conforman los elementos de la médula ósea, la persona se vuelve susceptible a los sangrados y las infecciones, por que las células normales de la sangre se reducen en número.

Algunas estadísticas internacionales marcan un panorama sobre la presencia de esta enfermedad en los últimos años. Por ejemplo en Estados Unidos la incidencia de la leucemia linfoblástica en niños ha aumentado cerca del 20% durante las dos pasadas décadas. Cada año en este país, cerca del 2000 niños son diagnosticados con esta forma más común de cáncer de la niñez. En un tiempo fue incurable, sin embargo la investigación médica ha hecho progresos relevantes contra esta enfermedad; hoy en día el 80% de los pacientes jóvenes sobreviven 5 años más después del

diagnóstico si es que reciben los tratamientos mejor conocidos (National Cancer Institute, 2001).

En cuanto a la situación geográfica la LAL(leucemia aguda linfoblástica) es más frecuente en China, Japón, Estados Unidos de, Europa y muy probablemente en México con baja incidencia en África y Medio Oriente. Por otro lado la LANoL (leucemia aguda no linfoblástica) tiene su máxima incidencia mundial es en Shangai, Japón y Nueva Zelanda con una frecuencia relativamente baja en Europa, Estados Unidos y México (Rivero,1998).

Esta enfermedad puede afectar tanto al sexo masculino como el femenino; sin embargo, existe una predominancia del masculino sobre el femenino. Esto se hace ostensible tanto en la literatura como en la experiencia clínica. En relación a la edad, la leucemia aguda puede estar presente desde el nacimiento, describiéndose como leucemia congénita, en los primeros 28 días del nacimiento (leucemia neonatal) o bien a lo largo de la edad pediátrica. Sin embargo, el pico de máxima frecuencia se observa entre los cuatro a los ocho años de edad (Rivero,1998).

□ Cáncer infantil en México

Según datos del Instituto Nacional de Pediatría, en el momento actual el cáncer infantil en la república mexicana representa la cuarta causa de mortalidad entre los 4 a 14 años de edad; en comparación de los países industrializados que ocupa el segundo lugar en causas de muerte. Constituye un problema de salud a nivel nacional; aunque la frecuencia de enfermedades como infectocontagiosas, gastrointestinales y congénitas es mayor.

En cuanto a la frecuencia por regiones en la república mexicana aun cuando su prevalencia es prácticamente igual en todas las entidades federativas, se sospecha que existen ciertas áreas como son Ciudad de México, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Morelos los Estados con mayor afección (Rivero, 1998).

□ Efectos psicosociales

Los pacientes que tiene una sobre vida y son capaces de entrar en remisión al cáncer viven en un estado constante de alerta, esperando que la enfermedad vuelva a presentarse (Leventhal y Nguyen, 1985). La mayoría de las veces no saben cómo responder a los cambios que tienen con el tratamiento, cambios que también se manifiestan en su personalidad y en la demanda constante de atención, necesidades de cuidado (Slaby, 1988).

Otro factor que se constituye un estresor es el costo del tratamiento. En el caso de la leucemia, los procedimientos como las transfusiones de sangre y de plaquetas, el conseguir los medicamentos significa un alto costo que también puede desequilibrar a la familia, más si no posee un sistema de salud que lo atienda. La inestabilidad laboral y la ausencia a la escuela son otro de los efectos que produce la enfermedad.

El cáncer en la población infantil representa un verdadero problema no sólo para los médicos tratantes sino para el ámbito familiar. Un estudio en México encontró que la mayoría de los padres de los niños con estos padecimientos se encuentran entre los 20 a 29 años de edad, época de producción económica. También están los problemas de índole emocional, estas son algunas de las circunstancias van a incidir sobre la estructura

familiar, con repercusiones muy negativas en la relación de pareja, en muchos casos con una tasa alta de divorcios entre los padres de estos pequeños, pero también en el rompimiento de la estructura familiar con un cierto grado de "abandono" de las relaciones con los otros hijos (Rivero, 1998).

La experiencia de muchos años de trabajo en la atención del cáncer infantil, en diferentes países han llegando a la conclusión que el manejo del niño con cáncer deberá ser efectuado por el oncólogo pediatra con participación activa del pediatra y de diferentes sub-especialistas dentro del concepto de manejo integral *biopsicosocia*, entre los que se incluye el psicólogo de la salud, para poder lograr no nada más la curación del cáncer, sino la restitución del niño a su medio familiar y social (Cancernet, 1999).

□ Adherencia al tratamiento

Otro aspecto numerosamente mencionado es la dificultad de mantener la adherencia terapéutica durante el tratamiento del cáncer. Una investigación realizada por especialistas en el área concluyó que cerca del 40% de los pacientes institucionales del sector salud abandonan su tratamiento, las razones de abandono pueden ser económicas, la falta de información al paciente y/o familiares sobre el diagnóstico y tratamiento, sus efectos colaterales, su expectativa de curación, o la falta de conocimiento del médico pediatra sobre estos conceptos; además, la presencia "medicina" alternativa que es una opción menos dolorosa y costosa. Estos son algunos de los factores que pueden estar condicionado un número elevado de abandonos del tratamiento, así como una actitud adversa hacia los conceptos científicos y

esfuerzos nacionales e internacionales que se efectúan cotidianamente en las áreas de investigación para lograr la curación de este mal (Rivero, 1998).

□ Alteraciones emocionales en el tratamiento

La hospitalización genera en los adultos una respuesta de estrés frente a la enfermedad, pensar en hospitales para muchas personas es un hecho aterrador. Todas estas reacciones también son observables en niños, pero su nivel de desarrollo psicológicos y social marca la diferencia en la percepción de muchas de las actividades dentro del hospital. Los niños pequeños se sienten abandonados y temen quedarse solos; los niños en edad escolar tienen a preocuparse más por su salud, por el dolor de ciertos procedimientos e incluso por la muerte, sienten soledad y miedo; la experiencia de enfermedad corta sus actividades como el juego y la relación con pares (Ramsey, 1982 , en Sarafino 1990).

Al parecer ya existe un consenso, en considerar que la experiencia de la enfermedad por sí misma demanda un nivel de ajuste y adaptación conductual y emocional, ya que trae situaciones generadoras de estrés, instrumentos médicos desconocidos, personas desconocidas, etc. Estas situaciones, pueden resultar para muchos niños difíciles de enfrentar, más cuando la enfermedad tiene la característica de ser crónica y degenerativa, lo que quiere decir que su permanencia es prolongada, mientras que la condición degenerativa implica una situación de deterioro de funciones o alteración de otros órganos. En este caso la leucemia entra en esta categoría. El tratamiento estándar para un diagnóstico de leucemia aguda de buen

pronóstico, gira en torno a 3 años de tratamiento, con otros 3 años de vigilancia, esto si no existen complicaciones o recaídas que cambiarían por completo este parámetro de tiempo del tratamiento.

Tomando en cuenta las características de la enfermada, es imprescindible mencionar que *toda enfermedad orgánica también genera algún grado de desequilibrio psicológico*, incluso la más reciente literatura hace referencia a alteraciones emocionales como la depresión y trastornos como los de ansiedad, estados de estrés prolongados y trastornos del sueño.

Por ejemplo la ansiedad, puede ser experimentada mientras se realizan exámenes de detección de cáncer; en la espera de los resultados; cuando se recibe el diagnóstico; y mientras se está bajo tratamiento, o cuando se anticipa la recaída de la enfermedad. Las personas con cáncer experimentan sentimientos de ansiedad en forma cambiante, en periodos cortos de tiempo. Estudios reportan que la ansiedad que se asocia al cáncer puede aumentar los sentimientos de temor y de dolor, interfiriendo incluso en los hábitos como el dormir; puede causar náusea, vómitos y así interferir en la calidad de vida del paciente y la de su familia o personas cercanas. Si se deja sin tratamiento, la ansiedad severa puede acortar la vida del paciente (The Nemours Foundation, 1999).

Observaciones clínicas sugieren que los pacientes con cáncer están generalmente deprimidos, aunque algunos investigadores han cuestionado que los pacientes con cáncer están más deprimidos que otros pacientes enfermos. Se considera que el 20 % de los pacientes con estados avanzados de cáncer sufren de depresión moderada a severa (Kaplan y Reynolds, 1988, en

Sheridan, 1992). Por otro lado el cáncer y la depresión pueden compartir los mismos síntomas, por ejemplo anorexia, fatiga, pérdida de peso, baja autoestima, la incapacidad para experimentar placer, problemas de concentración. Un pobre control del dolor también genera depresión, o estados de ansiedad aguda, que se reflejan en las dificultades en el sueño (Massie y Holland,1988).La vulnerabilidad de los pacientes a la depresión puede darse mayormente en cuatro momentos, el primero durante el diagnóstico; el segundo en las recaídas donde empeora la condición de salud, al empezar nuevos tratamientos y el cuarto cuando un tratamiento que es administrado no es efectivo. Otros factores colaterales son la historia de la enfermedad y los antecedentes de depresión (Levental y Nuyen,1985).

Frente a las problemática antes mencionadas, el campo de la psicología de la salud y particularmente la medicina conductual se transforma en un nuevo espacio en el cual el psicólogo tiene las herramientas técnicas y metodológicas que dan respuesta a las conductas que se refieren a los estados de salud y enfermedad.

En el caso de las enfermedades crónico degenerativas en población pediátrica, la intervención es aún más relevante la intervención, por la serie de crisis que se generan en las familias, padres o cuidadores que reciben el diagnóstico. Sus respuestas varían de acuerdo a las características sociales, de nivel de educación, y del acceso a servicios de salud.

3.3. Resumen de la participación en la línea de investigación en cáncer infantil

En la creación de una línea de investigación, se hizo necesario situar el campo de aplicación de la psicología pediátrica. Comprendiendo que en los escenarios de salud la pediatría se dedica a mantener el bienestar físico y la salud de los niños que son pacientes; mientras que la psicología contribuye a comprender los componentes etiológicos que tienen un origen psicológico y factores concomitantes de la enfermedad que requieran una intervención conductual para remediarlas. Toda intervención práctica debe fundamentarse como en los procedimientos de investigación controlada, de ahí la necesidad de basarse en el entrenamiento en técnicas orientada en el que hacer de la investigación de las ciencias de la conducta. (Maddux y Wurtele, 1980)

Tomando en cuenta este vínculo entre la práctica y la investigación, se pensó en desarrollar este trabajo de generación de la línea de investigación, cuya evolución progresiva pudiera derivar en modelos de atención para el cáncer infantil. Contemplando que este tipo de trabajos requieren de un tiempo importante de gestación, se integro un equipó de trabajo que pudiera realizar diferentes aportes considerando su tiempo de permanencia en el programa de posgrado.

El trabajo inicial fue desarrollar un tronco común de objetivos, a partir de los cuales se plateen diversos proyectos de investigación relacionado a principalmente a generar programas de tratamientos,

para dar respuesta a las múltiples problemáticas del niño con Cáncer, desde la psicología de la salud y la medicina conductual.

El primer paso, fue de realizar una revisión teórica sobre las características de la enfermedad y los problemas psicológicos que enfrentan los niños enfermos de cáncer y sus familiares, síntomas de estrés y ansiedad; los efectos de la enfermedad en la calidad de vida y la variable más importante, la adherencia terapéutica en los cuidados, exámenes y tratamientos médicos. Un resumen de esta búsqueda fue descrito anteriormente.

El problema identificado para la investigación es: que el niño con cáncer padece una serie de problemas psicológicos desde el momento del diagnóstico que dificultan aún más su condición de salud y su calidad de vida.

La hipótesis planteada fue: la intervención psicológica en el campo de la salud puede mejorar o ayudar a tolerar los síntomas emocionales y conductuales generados por la enfermedad, incrementando su calidad de vida y el de su familia.

Para este estudio fue importante focalizar una enfermedad en particular, ya que los procedimientos suelen variar y las evoluciones de las enfermedades son diferentes dependiendo del sistema u órgano donde se encuentre. Se decidió trabajar de inicio con la leucemia, por ser el tipo de cáncer infantil de mayor incidencia en la niñez.

Al revisar el contexto del problema se identificó a los grupos con los cuales el paciente niño tiene una interrelación, lo que permite en cierta medida reconocer las diferentes instancias de intervención, por ejemplo el trabajar con el niño enfermo lleva necesariamente a tener contacto con los padres; tomar en cuenta las problemáticas paralelas de los padres son una segunda dimensión que desde luego también afecta al niño enfermo, particularmente en la forma en que se enfrenta a la enfermedad.

- La familia del niño enfermo (nuclear y extensa)
- El equipo de Salud Médicos y Enfermeras
- La escuela - maestros y compañeros
- Grupo de pares

□ El Proceso de la enfermedad

Parte de este primer análisis del problema de investigación, fue el detectar y reconocer los diferentes momentos del proceso de la enfermedad, que en el caso de la leucemia se inicia desde que los hematólogos confirman el diagnóstico de leucemia como un tipo de cáncer en la sangre.

- Diagnóstico de leucemia
- Adaptación - Primeras hospitalizaciones
- Tratamiento en consulta- Regreso a casa
- Tratamiento subsecuentes
- Recaídas
- Fase terminal- Alta del tratamiento

El marcar las etapas del proceso, permitió al estudio discriminar que en las diferentes fases u etapas aparentemente se pueden esperar la manifestación de diferentes problemas psicológicos. La

percepción de amenaza real que deja la enfermedad tiene su primer impacto en los padres y en los propios pacientes. El equipo médico participa estableciendo los ritmos y la progresión de evaluación, exámenes, tratamientos y administración de cuidados necesarios dentro del hospital.

□ Preguntas de investigación

Una vez que se tuvo un nivel aceptable de antecedentes, se formuló una serie de preguntas de investigación orientadas a recabar información local y nacional sobre como se ha estado manejando esta problemática. Algunos ejemplos:

- ¿Cómo se presenta esta problemática en población mexicana?
- ¿Qué problemas psicológicos subyacen en la Leucemia infantil? Durante el diagnóstico, tratamiento, recaídas y etapa terminal ?
- ¿Que programas y técnicas han probado para dar solución a los problemas psicológicos de los niños con leucemia?
- ¿Que organizaciones atienden esta problemática, Instituciones de salud, organizaciones sociales y de ayuda ?

Habiendo definido el problema de investigación, se pudo ver que las posibilidades de realizar diferentes tipos de investigación en este campo son amplias, tales como la investigación de campo, descriptiva y aplicada.

Luego de concluir la revisión teórica se pudo identificar las variables centrales para la propuesta general de investigación en cáncer infantil.

- ◆ Depresión
- ◆ Estrés y ansiedad
- ◆ Interacciones familiares
- ◆ Calidad de vida
- ◆ Adherencia terapéutica
- ◆ Apoyo social

TEMAS CON
 FALLA LE ORIGEN

□ La propuesta

La propuesta general de investigación, ayudó a definir dos objetivos centrales para que todos de los programas generados los tomen en cuenta. Sin embargo se entiende que cada investigador pueda elegir variables adicionales, una o varias partes de la problemática y relacionarla con un campo o disciplina afin como es el caso de la psiconeuroinmunología, o el buscar alguna técnica de intervención para una parte de la problemática en particular, por ejemplo el trabajo con los padres de los niños enfermos.

A continuación se muestra el nombre del programa general y sus objetivos:

Programa de apoyo psicosocial para niños con leucemia y sus familiares

Objetivos generales:

- ◆ Evaluar y promover y la calidad de vida en niños con leucemia
- ◆ Evaluar y promover la adherencia terapéutica en niños con leucemia y sus familias

El término "psicosocial" según muchos investigadores en esta área, involucra una serie de intervenciones para pacientes con cáncer, desde apoyo social hasta intervenciones cognitivas conductuales, que utilizan diversas técnicas combinadas.

Seguidamente se muestra un esquema general de las tres primeras propuestas de la línea de investigación.

INVESTIGADOR : Meave .S

Programa Cognitivo – Conductual para niños con leucemia y sus familias

- ☺ Módulo de Información para padres - niños
- ☺ Módulo de Solución de problemas padres – niños
- ☺ Módulo de entrenamiento en Habilidades Sociales padres – niños

INVESTIGADOR : García.K

Entrenamiento a los Padres de Niños con Leucemia

- ☺ Técnicas y principios del manejo de la conducta
- ☺ Procedimientos para promover la adherencia terapéutica
- ☺ Procedimientos para promover la calidad de vida

INVESTIGADOR : Valencia . A

Programa de manejo de estrés para niños con leucemia y evaluación del sistema inmune

- ☺ Estrés, características y efectos en la salud
- ☺ Identificación de las respuestas conductuales ante el estrés
- ☺ Estrategias para el manejo del estrés

3. 4 Programas desarrollados

3.4.1. Resúmen programa de solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales para niños con leucemia y sus cuidadores

La propuesta de investigación individual seleccionó técnicas cognitivo conductuales, ampliamente utilizadas por la medicina conductual y la psicología de la salud, como son la técnica en Solución de conflictos o problemas y el entrenamiento en Habilidades sociales. Sin embargo es importante mencionar que no se pudo desarrollar por completo el programa de intervención cognitivo - conductual, debido a que las necesidades de la investigación se enfocaron en los instrumentos de evaluación.

A. Objetivos generales

Evaluar e incrementar la adherencia terapéutica en niños con leucemia y sus cuidadores

Evaluar e incrementar la calidad de vida en niños con leucemia y sus cuidadores.

B. Preguntas de investigación

- ¿Cuál será la relación entre la capacidad de solución de problemas y la adherencia terapéutica en niños con leucemia?
- ¿Qué influencia tendrán las habilidades sociales en la adherencia terapéutica de los niños con leucemia?
- ¿De que forma influyen las capacidades de solución de problemas de los padres de niños con leucemia en mantener la adherencia terapéutica?

- ¿Cuál será la relación entre las habilidades sociales de los padres y la calidad de vida de sus hijos con diagnosticados con leucemia?

C. Variables

Variable Independiente: Programa de Intervención

- MÓDULO INFORMATIVO. Padres-Niños
- MODULO COGNITIVO- Solución de problemas
- MÓDULO CONDUCTUAL- Habilidades Sociales

Variables Dependientes:

Calidad de Vida
Adherencia terapéutica
Depresión
Ansiedad

D. Objetivos Específicos

Cuidadores/ Padres

- ♦ Otorgar orientación e información oportuna y accesible sobre las implicaciones físicas y psicológicas de la enfermedad.
- ♦ Prevenir el desarrollo de problemáticas psicosociales en el grupo familiar a través de la orientación y la reorganización familiar adecuada
- ♦ Capacitar a los cuidadores de habilidades en solución de problemas, que les permita apoyar la enfermedad del niño de manera adecuada en las diferentes etapas de la misma.
- ♦ Prevenir el desarrollo de trastornos emocionales, secundarios a la presencia de enfermedad en el niño, mediante la optimización de los cuidados y manejo que el niño enfermo requiere.

- ◆ Conseguir una mejora cualitativa de las habilidades sociales del cuidador a través del entrenamiento asertivo, para facilitar la interacción con el niño enfermo, equipo médico y el resto de la familia.
- ◆ Lograr que el cuidador mantenga una actitud de colaboración con el equipo médico contribuyendo a la adherencia del tratamiento.
- ◆ Lograr mejorar la calidad de vida del cuidador o padre en el marco de la situación en que se encuentre en la medida de las

Niños con Leucemia

- ◆ Otorgar orientación e información, oportuna y accesible sobre las implicaciones físicas y psicológicas de la enfermedad
- ◆ Incidir en los estilos atribucionales del paciente a través de la técnicas cognitivo-conductuales para prevenir el desarrollo de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad.
- ◆ Conseguir que el empleo adecuado de habilidades de solución de problemas ayude al niño a afrontar las demandas constantes de la enfermedad, en hospitalización y en el ambiente familiar.
- ◆ Mejorar la interacción con el equipo médico y la familia a través del entrenamiento en habilidades sociales
- ◆ Lograr que el niño diagnosticado de leucemia pueda generar y mantener conductas de adherencia al tratamiento médico como resultado de su participación al programa.

E. Instrumentos de Evaluación:

Niños

- ◆ Prueba de Depresión CDI (M. Kovacs, 1992)
- ◆ Prueba Estilos Atribucionales CASQ(M. Seligman,1995)
- ◆ Prueba de ansiedad para niños*
- ◆ Rol Playings- Lista de Chequeo

Solución de problemas

Habilidades Sociales

Prueba Calidad de Vida

Prueba Adherencia *

* Pruebas de aún deben ser seleccionadas o construidas

Padres

- Entrevista clínica a padres
 - Cuestionario de calidad de vida
 - Prueba Adherencia terapéutica*
 - Rol Playings- Lista de Chequeo
- Solución de problemas
- Habilidades sociales
- Cuestionario de satisfacción al Tratamiento
 - Prueba de Depresión: (Beck *)

Instrumentos de Intervención:

Niños

- ◆ Módulo Informativo
- Manual informativo leucemia
- ◆ Módulo Cognitivo
- Solución de problemas
- ◆ Módulo Conductual
- Habilidades sociales

Padres



- ♦ Módulo Informativo
Manual informativo leucemia
- ♦ Módulo cognitivo
solución de problemas
- ♦ Módulo conductual
Habilidades sociales

Referencias

Cancernet.(2000). Información sobre Leucemia. Consultado en enero 17, 2000, de [http:// www. cancernet.com](http://www.cancernet.com).

INP (1999). El paciente pediátrico y su familia. Congreso realizado en septiembre, 1999. México.

National Cancer Institute.(2000). Estadísticas sobre el cáncer en diferentes edades. Consultado en agosto, 2000, de: [http:// www. yahoo.health.com](http://www.yahoo.health.com)

The Neumours Foundation. (1999). Leukemia and Emotional Impact. Consultado abril, 2000, de <http://www.kidshealth.org/cancer/Leukemia>

Rivero, L.(1998). Investigaciones psicosociales en el campo de la salud. Consultado enero, 2001 en [http:// WWW.drgcope.com..](http://WWW.drgcope.com..)

Reacciones al tratamiento de cáncer(2000). Consultado noviembre, 2000, en <http://www.cancernet.com>.

Sarafino .(1994). Health Psychology. New York: John Wiley and Sons.

Leukemia Society of America.(1999). Reacciones frente al tratamiento. Consultado septiembre,1999 en <http://www.ptable.com/>

Leventhal,H., Nguyen,T.(1985).Reactions of Families to Illnes : Theoretical models and Perspectives,. Health Illnes and Families. A life span perspective. New York: John Whiley & Sons.

Massie,M.,Holland, J.(1988). Assesment and Manegement of cancer patient with depression. Basel, Switzerland : Karger.
URGAO(U:S: General Accounting Office). (1989) Cancer patien survaviol : What progress has been made. Whashington,D.C: Goberment Printing Office.



3.4.2. Protocolo de Investigación

Elaboración de manuales de información para niños con leucemia y sus familias

Investigadores Intramuros Instituto Nacional de Pediatría

Gabriela Michaca A.; Shirley Rubio C.

Investigadores Extramuros Universidad Nacional Autónoma de México

Héctor Ayala V.; Sonia Meave L.

Resumen

El desarrollo de material educativo para niños oncológicos y sus familias ha recibido en los últimos años una enorme importancia. Organizaciones internacionales como la OMS y OPS, la consideran una de las estrategias centrales en la prevención primaria y secundaria ya que permite estructurar en quienes participan de ella conocimientos actitudes y acciones que ayudan al autocuidado en el caso de la prevención; además de promover la adherencia terapéutica cuando ya existe una enfermedad crónica diagnosticada.

En investigaciones realizadas anteriormente han concluido que a pesar de los esfuerzos del equipo médico por comunicar a los padres, lo referente a la enfermedad, tipos de tratamientos y sus efectos, a los procedimientos médicos a realizar, ésta no ha sido suficiente ya que los padres quedan con vacíos de información o han referido no entender el lenguaje técnico utilizados por los médicos siendo esto un factor predisponente al abandono del tratamiento.

En nuestro País no se cuenta con algún tipo de material informativo para este tipo de padecimiento. Detectada esta necesidad, el presente trabajo, pretende elaborar un material educativo, que se genere de los requerimientos y demandas de los propios pacientes y su familia, mediante un cuestionario y entrevistas clínicas que ajusten los contenidos de acuerdo a las características de la población en cuestión. Se utilizarán dos procedimientos centrales; el primero es redes semánticas para el trabajo con los niños y el segundo es trabajo con grupos focales para los padres. La primera fase contempla el manual informativo para padres, posteriormente, se pretende desarrollar el manual Informativo para niños. Los objetivos centrales son: educar al padre en la comprensión de la problemática del niño enfermo, orientar su actitud de apoyo al tratamiento médico y adherencia terapéutica, detectar y prevenir problemáticas psicológicas adicionales en los padres o cuidadores y en el grupo familiar. Con respecto a la población infantil se pretende fomentar la adherencia terapéutica y facilitar y contribuir a la adaptación hospitalaria. Como meta terminal se pretende difundir este material en otros centros hospitalarios en el País.

I. Antecedentes

En la actualidad el 50% de la población padece algún tipo de enfermedad crónica que requiere la atención del sistema sanitario; los trastornos van desde los relativamente benignos como la pérdida parcial de la audición hasta enfermedades graves como el cáncer, trastorno cardiovasculares o la diabetes. Aún más alarmante desde el punto de vista estadístico, es que la mayoría de

las personas desarrollará alguna incapacidad o enfermedad crónica que a la larga podrá ser causa de su muerte (Taylor, 1986 en Latorre, 1992).

Muchas de las enfermedades crónica afectan todos los aspectos de la vida de los pacientes, ya que pueden presentar cambios físicos, desequilibrio en su vida social, problemas familiares y psicológicos. Inmediatamente después que se da un diagnóstico de enfermedad crónica usualmente el paciente pasa por una etapa de crisis en la que sus maneras habituales de enfrentar los problemas no funcionan al menos temporalmente este es uno de los motivos por los cuales se experimenta un intenso sentimiento de desorganización, ansiedad, miedo y otras emociones (Moss, 1977, Taylor y Aspinwall, 1990; en Latorre, 1992).

Uno de los problemas más importantes que plantean las enfermedades crónicas es la adherencia o cumplimiento del tratamiento prescrito. Muchos estudios como los de Epstein Y Cluss (1982) han puesto de manifiesto que aproximadamente la mitad de los pacientes no muestran la adherencia a su tratamiento que sería deseable.

Por adherencia terapéutica podemos entender a las conductas de las personas relacionada a la forma de tomar sus medicinas, seguir indicaciones, dietas o ejecutar cambio en el estilo de vida aunque otros autores amplían este concepto a la conducta de estar pendiente de citas médicas, dentales y dedicarle tiempo a conductas que coincidan con los mejores consejos médico disponibles (Branndon y Feist, 1996).

Desde hace algunos años al equipo médico le ha interesado conocer los motivos de la falta de adherencia de sus pacientes, y en este análisis se han detectado muchos factores que tienen que ver directamente con la conducta de los pacientes, el seguimiento de instrucciones y pasos, lo que supone más la participación de la psicología.

Haynes (1976) investigó sobre la adherencia terapéutica llegó a la conclusión que hay 2 estrategias centrales para mejorar la adherencia terapéutica por un lado las estrategias conductuales y por el otro lado las estrategias educativas, estas son procedimiento en los que se imparte información que incluye mensajes educativos sobre procedimientos de salud, consejo individual al paciente, consejo efectuado por varios profesionales de salud, programas de instrucción, lecturas, demostraciones y consejo individual acompañado de instrucciones escritas, mientras que las conductuales se enfocan en el cambio conductual como la reducción de barreras para la adherencia, el reforzamiento de la misma, visitas domiciliarias y el monitoreo de conductas.

La educación para la salud pretende ser un conjunto de conocimientos y prácticas que se transmiten a la población a través de estrategias de enseñanza y aprendizaje, con el fin de que la persona puedan modificar voluntaria y conscientemente los comportamientos individuales y sociales, adoptando otros que favorezcan a la salud.

Según Ribes (1990) como la salud es un estado alcanzable, las acciones de educación para la salud deben formar principalmente

hábitos positivos y responsabilidad. Así mismo, otras características complementarias son las siguientes: la información debe asentarse en conocimientos científicos, para ser incluido en las prácticas habituales y finalmente debe considerarse características de desarrollo de los sujetos a quienes va dirigida para determinar los contenidos y los métodos (Caballo, 1995).

La educación para la salud es un campo relativamente nuevo dentro en el campo de las ciencias de la salud. Y en los últimos años ha cobrado mucha importancia pasando de ser un mero procedimiento técnico de apoyo, a una serie de procedimientos y estrategias destinadas a promover la salud.

Podemos entender a la educación en salud como todas aquellas intervenciones basadas en la provisión de oportunidades de aprendizaje encaminadas a cambiar los comportamientos que pueden ser dañinos para la salud o incluir el mantenimiento de los comportamientos saludables, pudiendo abarcar la comunicación personal o a través de medios de comunicación, orientados al individuo o grupos de individuos (Nutbeam, 1983).

En una investigación realizada en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), con niños diagnosticados de leucemia, concluyó que a pesar que el paciente y su familia reciben información del personal de salud, esta no es suficiente, muchas veces los términos son muy abstractos o técnicos incluso para los padres, incidiendo este factor en el abandono del tratamiento (Morales Loa, 2000). Otros estudios como los de Méndez Olivares y Cols. (1992) señalan que la información modifica respuestas cognitivas y

conductuales, es decir, que a partir de la información recibida las personas pueden cambiar sus percepciones sobre situaciones que antes valoraban como catastróficas o amenazadoras para su integridad como se da en el caso de las enfermedades crónicas, al mismo tiempo por como consecuencia de este cambio de ideas erróneas se pueden presentar cambios a nivel conductual como el manifestar una actitud de colaboración en el tratamiento de su enfermedad.

De esta manera podemos señalar que si se tienen las condiciones adecuadas y se manejan técnicas de educación para la salud podemos suponer que facilitaremos los procesos de cambio para contribuir a la mejora en la adaptación de la enfermedad crónica.

II. Justificación

En los Estados Unidos mueren de leucemia 21,600 personas cada año, las estadísticas indican que en los países occidentales aparecen anualmente entre 60 y 100 nuevos casos de leucemia por millón de habitantes.

En los países desarrollados, tanto europeos como en los Estados Unidos existe mucho material informativo para los pacientes con leucemia y sus familias, de hecho se ofrecen cursos de asesoramiento y orientación, se regalan los folletos informativos, el acceso a la información por internet y a los bancos de información es amplio.

En México la situación es bastante diferente ya que no existe material educativo con información sobre la leucemia directamente disponible para la población interesada, salvo un material escaso que más bien tiene una difusión limitada en formatos pequeños.

En lo que respecta a las páginas de información de la red el acceso a Internet es sumamente limitado a grupos sociales con recursos y conocimientos de computación, no así para la población en general.

Por otro lado, si bien es cierto que el personal médico en los últimos años se ha preocupado por dar más información a los pacientes y sus familias acerca de la enfermedad, esto no ha tenido el impacto deseado en los usuarios ya que las características socioculturales y la escolaridad baja inciden en la poca comprensión de la información recibida, aunado a esto el impacto emocional causado por la comunicación del diagnóstico (en los primeros días) impide que los padres puedan asimilar y utilizar la información proporcionada.

II. Objetivos

Objetivo general:

- Sistematizar y adaptar la información sobre Leucemia Infantil para fomentar la adherencia terapéutica en el paciente y su familia.

Objetivos específicos:

- Educar a los padres o cuidadores en la comprensión de la problemática de salud física y psicológica del niño enfermo.
- Facilitar la adherencia a los tratamientos médicos, procedimientos y cuidados.
- Detectar y prevenir problemáticas psicológicas (ansiedad, depresión) en pacientes diagnosticados con leucemia y sus familias.
- Reducir la ansiedad y los niveles de estrés, provocada por la falta de información

- Difundir este material en otros centros hospitalarios del Distrito Federal y más adelante en el país.

III. Hipótesis

La información oportuna y adecuada sobre leucemia Infantil incrementa y mejora la adherencia terapéutica del paciente, así como la de su familia o cuidadores.

IV. Tipo de investigación

La investigación que se está planteando será aplicada, ya que se utilizarán varias estrategias informativas para modificar la adherencia terapéutica, a través de la adquisición de información veraz sobre la enfermedad y el tratamiento

V. Método

Sujetos

Criterios de inclusión

- Niños con edades comprendidas entre los 6 a los 10 años de edad con diagnóstico de Leucemia
- Adolescentes entre 11 y 15 años diagnosticados con leucemia
- Padres o cuidadores de niños con diagnóstico de leucemia que acompañen la hospitalización
- Ser pacientes de recién diagnóstico

Criterios de exclusión

Tanto para padres como para niños:

- Ninguno de los sujetos debe estar recibiendo otro tipo de intervención psicológica

- Sujetos que presente padecimientos mentales o trastornos neurológicos
- Sujetos que como lengua primaria no sea el español

Los sujetos participantes integraron grupos para recibir el programa breve de educación, se monitoreó tanto el nivel de avance grupal, así como el desarrollo caso por caso. Se conformaron los grupos por cuotas, esperando replicar el programa varias veces en el transcurso del tiempo de aplicación.

El trabajo en grupo se diferencia en un grupo para padres o tutores y el segundo de pacientes.

Ubicación del Estudio

El estudio se desarrollará en el servicio de Hematología del Instituto Nacional de Pediatría Hospital, supervisado por el Servicio de salud mental. Se utilizó un espacio habilitado en el Servicio de hematología para desarrollar las sesiones de grupo.

Variabes del estudio

Variable independiente: Los manuales Informativos tanto para padres como para niños con diagnóstico de leucemia, Manejo de grupos para la educación, enfermedad- tratamiento- repercusiones físicas y psicológicas.

Variabes dependiente: La adherencia terapéutica

Nivel de ansiedad en padres

Nivel de ansiedad en niños

Diseño

El diseño es de caso único.

Materiales e Instrumentos

- Guía de Entrevista para padres, conocimiento sobre la leucemia, síntomas y efectos físico psicológicos, tratamiento.
- Guía para niños sobre conocimiento de su enfermedad.
- Cuestionario de adherencia terapéutica adaptado leucemia
- Lista de verificación de síntomas de ansiedad para niños
 - Lista de verificación de síntomas de ansiedad y depresión para los padres o adultos cuidadores
- PQL Cuestionario pediátrico de calidad de vida (PQL,1995)
- Inventario de depresión infantil (CDI , M.Kovacs, 1994)

Materiales: Se utilizarán hojas, lápices, plumones, cartulina, tijera y algunos otros dependiendo de las dinámicas de grupo utilizadas, así mismo para el trabajo con el niño se emplearán materiales lúdicos.

VI. Resultados

Se espera que el curso informativo en su primera etapa ayude a proporcionar información necesaria en pacientes de recién diagnóstico y sus familiares, incidiendo en reducir los niveles de ansiedad y depresión que acompañan los momentos subsecuentes al diagnóstico.

El tipo de estudio dará una serie de información cualitativa y cuantitativa que finalmente aportaran al desarrollo y complementación de la información de curso, la misma que será organizada en los manuales informativos.

VII. Consideraciones Éticas

Al plantearse este estudio no se considera que existan repercusiones negativas para el paciente o para el padre. Sin embargo se ha considerado la posibilidad de que al tratar las temáticas el paciente o familiar pueda manifiesta algún tipo de problemática psicológica importante o que requiere atención especial o intervención individual de caso, por lo que se ha planeado realizar intervenciones en crisis y posteriormente canalizar el caso a las instancias correspondientes, que dependen del servicio de salud mental.

VII. Carta de consentimiento

(Ver anexo carta)

X. Referencias

Ortigosa, A., Méndez, F.(2000). Hospitalización Infantil Repercusiones Psicológicas. Madrid : Biblioteca Nueva.

Morales, L.(1999). Tesis. México: Universidad del Valle.

Nutbeamt,A. (1990).Health Promotion. Journal of Epidemiology and Community Health.44:83-89.

Latorre,J.(1992). Psicología de la Salud. Buenos Aires: Lumen.

Caballo, Buela, C. (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI.

Die,T., López , M. (2000). Aspectos Psicológicos de los Cuidados paleativos en la enfermedad. Madrid: Ade.

Lewis, J. (1991). Child and Adolescent Psychiatry. New York;; Melvin Lewis M.B.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

INP

Investigación para el Desarrollo de Manuales informativos sobre
Leucemia Infantil

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO

Nombre Completo.....
.....
Domicilio.....
.....
Edad.....
Reg.Hosp.....

DATOS DEL PADRE o Adulto Cuidador

Nombre completo.....
Edad..... Ultimo grado Escolar.....
Ocupación.....
Parentesco con el Niño.....

La Leucemia infantil es una enfermedad de la sangre, que tiene un tratamiento largo, en el que se usan medicamentos fuertes que ayudan al niño, pero que también tiene efectos que nos asustan como padres, además de las punciones lumbares y los piquetes para sacar muestras de sangre son procedimientos dolorosos que afectan nuestra vida, la del niño enfermo, y la de nuestras familias; ya que la Leucemia representa muchos cambios, desde el momento de diagnóstico y a lo largo del tratamiento, por lo que podemos experimentar problemas emocionales que nos impidan o limiten para ayudar a nuestros niños, de esta misma manera los niños no están exentos de presentar alteraciones emocionales.

Por estos motivos esta investigación quiere ayudar a los pacientes y familiares, escribiendo un manual informativo, para que otras personas como usted que tiene niños con Leucemia aprenda que hacer con la enfermedad, el tratamiento, los cambios y problemas puedan aparecer en la familia.

Para cumplir con este fin, necesitamos que participe en todas las reuniones, donde platicaremos de la Leucemia, la quimioterapia y de todos los posibles cambios que pueden presentar sus hijos o su familia desde el momento del diagnóstico hasta la etapa actual, esto con el fin de que la enfermedad sea lo menos pesada posible tanto para usted

como para los niños. Con los niños el trabajo será a través de juegos en ningún momento se les proporcionará información que usted no haya autorizado decirle a los pacientes, con los padres como usted se trabajará con algunas dinámicas de grupo. Es importante mencionarle que todo lo que se diga en los grupos será estrictamente CONFIDENCIAL.

Los BENEFICIOS de este trabajo pueden ser:

- ♦ Podrás conocer más acerca de la Leucemia desde sus causas, tipos de tratamiento, cuidados que deban tener, entre otros temas.
- ♦ Así mismo podrás saber que tu paciente puede llegar a sentirse triste, enojado, contento, y que estas reacciones pueden ser normales y adaptativas hacia la enfermedad y como ayudar al pequeño.
- ♦ Al conocer mejor la enfermedad y los procedimientos podrán apoyar al equipo médico para que juntos podamos ayudar al niño a enfrentar los cambios físicos y psicológicos

Algo que es muy importante aclarar es que tu participación en esta investigación es voluntaria. En el caso de que decida hacerlo, la calidad de atención médica que estas recibiendo no cambiará en nada.

Además si aceptas que su paciente participante así como usted como padre o tutor del mismo puedes comunicarnos en cualquier momento su deseo de salir del estudio o el que tu hijo(a) se retire.

Se me ha explicado en que consiste el estudio y se me han aclarado todas mis dudas

TESTIGOS

- ♦ Testigo 1. Nombre.....
Firma.....
- ♦ Testigo 2. Nombre.....
Firma.....

México D.F a----- del Mes de..... del 2001

- a) Nombre.....
- b) Firma de consentimiento.....

104-B

3.5 Instrumentos

La elección de instrumentos para evaluación fue uno de los pasos más difíciles, antes de implementar programas de intervención se detectó la necesidad de buscar instrumentos apropiados, muchos de ellos estaban en idioma inglés y necesariamente se debía trabajar en la adaptación para poder utilizarlos en la población meta.

Los instrumentos seleccionados fueron los siguientes:

- CDI Calidad de Vida (PspQ, JW Varni, 1998)
- Cuestionario de Estilos Atribucionales Para Niños (CASQ, Seligman .M, 1995)
- Cuestionario de Depresión Infantil (CDI, Kovacs, 1992)
- Código del Proceso Familiar: Sistema Multidimensional para Observar las Interacciones Familiares (FPC)
- Instrumento de Evaluación de la Adherencia Terapéutica*

* En construcción.

Sin embargo para poder formular un trabajo de investigación adecuado se vio la necesidad de trabajar como primer punto en los instrumentos y pruebas de medición, lo cual permitió apreciar que tanto los programas de intervención son adecuados.

De aquí surgieron los trabajos que se presentarán a continuación que son la adaptación de las pruebas de CDI y de Kovacs y CASQ de Seligman.

3.4.3 Adaptación del Inventario de depresión infantil para población mexicana

Antecedentes

La depresión como uno de los trastornos afectivos más comunes que han recibido mucha atención de parte los clínicos y es una de las manifestaciones más estudiadas por los investigadores. El interés ha sido creciente ya que su sintomatología es de las más referidas en la atención de pacientes de todas las edades.

Kaslow (1997) considera que el tratamiento de la depresión infantil y adolescente necesita ser individualizado, tomando en cuenta la edad, el sexo y los antecedentes culturales. Sobre la eficacia de los tratamientos, mencionó que no se ha probado la eficacia de las terapias tradicionales largas, ni de la terapia familiar. Una de sus investigaciones realizadas en la Universidad de Atlanta, que comparó la eficacia de las psicoterapias y el uso de antidepresivos, concluyendo que no existen estudios sobre la depresión en infantes, ni sobre el uso de medicación en menores de 5 años. Observó resultados positivo en la terapia que involucraba padres de niños pequeños.

En el caso de los adolescentes no hay resultado claro en el uso de antidepresivos, aunque se reconoce la utilidad de la terapia breve cognitivo conductual. Kaslow(1997, en Reuter) subrayó la importancia de trabajar con el niño y la familia, en el desarrollo de tratamientos competentes y sensibles a la cultura del individuo (Organización de Salud Reuter, 2001)

Estudios transculturales de los trastornos afectivos han encontrado que los índices de frecuencia y manifestaciones de los síntomas varían considerablemente entre diferentes grupos culturales y sociales (Goodwin y Guze, 1994; en Sue y cols 1994). En China, los pacientes chinos diagnosticados de depresión presentan más manifestaciones somáticas que disforia, como los síntomas de intranquilidad o tristeza (Sue y cols, 1994).

□ Evaluar la depresión

La evaluación de la depresión infantil es un hecho relativamente reciente, se puede decir que se inicia formalmente en la década de los 70's, está muy relacionada a la aceptación de que los niños pueden manifestar depresión como un trastorno emocional (Nissen 1983, Digdon 1985, Rutter y cols 1997, en Poliano 1998), a partir de este hito se ha generado la necesidad de evaluarla con técnicas más adecuadas y psicométricamente más válidas.

Los tipos de instrumentos más utilizados para evaluar la depresión han sido seleccionados de acuerdo a sus características de aplicación o al sujeto con que se realiza la evaluación, por ejemplo entre las técnicas están las de auto aplicación, tipo entrevista. Por otro lado, unos son contestados por los mismos niños, en otros casos son mixtos, es decir que contesta el niño y también algún adulto que esté a cargo de él. Y finalmente los menos frecuentes son los que van dirigidos a los pares de la misma edad.

Las dificultades más mencionadas en el empleo de las pruebas de depresión para niños son los "falsos negativos" quiere decir los niños deprimidos que no lo reportan en la escala cuando se les pregunta, otra importante es que muchas veces la información

dada por el niño no coincide con la que el adulto brinda del mismo niño (Poliano y Domenech, 1998).

La evaluación de los niños es más compleja, aunque en ella se utilicen los mismos principios de evaluación comportamental para adultos (Ollendick y Hersen, (1984); en Poliano 1998), existen muchas características de desarrollo que hay que considerar.

□ Epidemiología

Según datos del Journal de la Asociación Americana de Medicina en estados unidos se experimenta un incremento muy importante del trastorno depresivo, desde 1987 de un millón setecientos mil a diez millones trescientos mil para 1992. Así mismo el tener tantos sujetos diagnosticados de depresión ha incrementado el uso de fármacos antidepresivos de un 37% a un 75%, también se pudo notar esto en la demanda de atención psicoterapéutica de un 60% a un 71 %, durante el mismo período hay un mayor gasto en servicios médicos relacionados a este problema (Revista de psiquiatría, 2000).

Los desórdenes mentales son comunes en todas las naciones, por ejemplo en Estados Unidos el 22.1 % de los americanos ha sufrido algún trastorno mental diagnosticado al menos una vez al año. Esta proporción se incrementa en el censo del 1998 que refiere 44.3 millones de personas, siendo la cuarta causa de minusvalía y discapacidad en Estados Unidos. Particularmente los trastornos depresivos en este país afectan a 18.8 millones de personas, afecta en mas a las mujeres que a los hombres, la relación es de dos mujeres afectadas por cada hombre 12.4 millones de mujeres y 6.4 millones de hombres, su aparición es cada vez a edades más tempranas, y en la mayoría de los casos

su presencia se asocia a síntomas de ansiedad y al abuso de sustancias (Acap, 1998).

Aproximadamente el 5 % de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento. Los factores que aumentan el riesgo son un estilo de vida con mucha tensión y estrés, el experimentar alguna pérdida, los desórdenes de la conducta o atención; la conducta de un niño deprimido es muy diferente a la de un adulto (Acap, 1998).

Según De La Fuente es muy reciente la atención que se ha brindado a los problemas de salud mental en la población mexicana, ya que se ha puesto atención a otros problemas como la salud materno infantil o las enfermedades transmisibles. Siendo que la meta más ambiciosa de la salud mental es el crear condiciones más adecuada par a promover el desarrollo óptimo de las capacidades humanas.

En el caso de la población infantil esta ya documentada la importancia de la nutrición, estimulación en el desarrollo así como los efectos de las formas de vinculación afectiva del niño con sus padres y las formas de autoridad y disciplina a las cuales se le somete. En México las necesidades más urgentes en el campo de la salud mental están relacionados con la insuficiente cobertura de servicios en salud mental, la escasez de personal adiestrado y capacitado, la necesidad de asignación de recursos y fundamentalmente la necesidad de investigación que de mayores pautas de conocimiento sobre este tipo de problemática (De la Fuente , 1980).

En el país al principio de la década de los noventa, no habían estudios de la población general sobre problemas de salud mental, aunque las instituciones de salud mental indican que el 6. % de la demanda atendida corresponde a niños, el principal motivo de consulta suelen ser trastornos de conducta en la infancia. Un estudio que formó parte de la Encuesta Nacional de Salud Mental y la submuestra de la primera Encuesta Nacional de Adicciones, tuvo un porcentaje de 52.7% de adultos que informaron sobre algún niño entre los 3 a los 12 años.

Los síntomas más reportados para los preescolares fueron el lenguaje anormal, mientras que en los niños escolarizados la prevalencia estuvo en miedos, estado nervioso, lentitud para aprender y lenguaje anormal, encontrando un correlación en 72% de los casos entre lentitud para aprender y miedo, nerviosismo y lenguaje anormal. Como factores de riesgo se encontró que la presencia de sintomatología depresiva y de desesperanza en el adulto está asociada de manera significativa con la presencia de síntomas en los niños. Además se dio una asociación positiva entre la presencia de síntomas depresivos, desesperanza o ideas suicidas en niños de mayor edad y las respuestas si el entrevistado era de sexo femenino (Caraveo, 1994).

□ Importancia de la prueba

En el país son escasas las investigaciones que describan claramente la epidemiología en los problemas de salud mental infantil; sin embargo, existe una cantidad considerable de esfuerzos aislados por construir o adaptar escalas o instrumentos ya existentes. Este mismo fenómeno ocurre ya en el campo específico de la depresión infantil, diversas investigaciones

se han interesado en la medición de la depresión en niños, pero al ser un proceso largo, que requiere de muchos esfuerzos desde un inicio, por ejemplo desde por conseguir la población apropiada, ya sea en la adaptación o en la construcción de pruebas normalmente transcurre un tiempo hasta que el instrumento tenga un nivel de confiabilidad aceptable.

En este caso, una de las motivaciones más importante para retomar el Inventario CDI, fue la de poder utilizar un instrumento confiable para medir los síntomas de depresión en niños con diagnóstico de cáncer en la población mexicana, como uno de los pasos principales antes de desarrollar modelos de intervención en la línea de investigación de cáncer infantil. Por otro lado el trabajar sobre una prueba específica en la medición de la depresión infantil, puede significar una aporte para el uso de la prueba para fines de evaluación, sea en ámbitos generales en detección, en tratamientos, en escenarios de práctica clínica, como escolar.

□ Antecedentes de la Prueba

La necesidad de contar con un instrumento que ayude a detectar la depresión en niños y adolescentes de forma apropiada y sin utilizar las clásicas pruebas para adultos, fueron los puntos de interés de algunos investigadores de salud mental, entre ellos la doctora Kovacs.

Aproximadamente desde 1977 dedicó su interés a la investigación y evaluación de las manifestaciones de depresión en los niños y adolescentes. Los trabajos preliminares estuvieron muy influenciados por la teoría de Beck y de hecho utilizó las formas de evaluación del Inventario de Beck fue un modelo inicial para construir el CDI (Stein 1992 en Kovacs ,1992).

El inventario de depresión infantil es una prueba de auto evaluación basada en el auto reporte, es el mismo niño quien lee las preguntas y responde en una hoja de respuesta, seleccionando una de las tres opciones de respuesta de acuerdo a la magnitud del síntoma , si lo siente.

La forma auto- aplicación es la técnica de administración del inventario de depresión, fue seleccionada basada en dos criterios: un mínimo nivel de lectura y un bajo costo económico de aplicación.

Cuantifica el nivel de severidad del síndrome depresivo. Ha sido utilizado para fines descriptivos, para evaluación de tratamientos, para probar hipótesis y seleccionar sujetos para investigación.

A. Características: el CDI es un inventario de 27 ítems en su forma larga y de 10 ítems en su forma corta o breve, para jóvenes y niños en edad escolar; la escala discrimina la depresión mayor del trastorno de ánimo. El instrumento cuantifica un rango de síntomas de depresión que incluye síntomas de trastornos del estado de ánimo, capacidad hedónica, funciones vegetativas, auto evaluación y conducta interpersonal.

Se puede responder el inventario en 15 minutos en promedio, cada ítem tiene tres posibles respuestas que van de 0 a 2, para calificarla se deben sumar el total del puntaje. El 0 equivale a una ausencia de síntoma, 1 equivale a un síntoma presente, mientras que el 2 significa que el síntoma depresivo está definido (Kovacs,1992).

B. Información normativa

El análisis normativo se realizó con las respuestas de mil doscientos sesenta y seis sujetos, 592 niños y 674 niñas.

Todos provenientes de escuelas públicas de la Florida- USA, los que estaban cursando del segundo al octavo grado, la muestra empleó un rango edad entre 7 y 15 años, de clase media, donde se estimó que el 77% fueron niños blancos y el restante 23 % fueron afroamericanos, hispanos e indios americanos, se separaron dos grupos de edades unos de 7 a 12 años y otro de 13 a 17 años (Kovacs,1992).

□ Método

En este punto es importante señalar que la prueba de CDI tuvo dos estudios que realizaron en momentos diferentes, difieren en método aunque ambos se enfocaron en la adaptación de la prueba para población mexicana, se puede decir que son esfuerzos consecutivos para lograr la adaptación y validación del Inventario de depresión. El primero fue realizado del mes de abril a junio. Mientras que el segundo se realizó desde el mes de agosto a diciembre del mismo año 2001, ambos serán descritos por separado.

Estudio CDI N.1

Sujetos

Los sujetos participantes del estudio fueron seleccionados de la lista de inscritos de una escuela primaria de gobierno de la Delegación Coyoacan, fueron incluidos todos los niños que tenían al momento de la evaluación una edad cronológica entre 7 y 12 años.

Participaron 280 sujetos de los cuales el 44.8% fueron de niños que estaban en las edades entre 7 y 9 años. Los niños mayores de 10 a 12 años representaban el 56.6%.

Se establecieron acuerdos con la primaria, como el evaluar a todos los niños que estuvieran en el rango de edad de 7 a 12 años y entregar un reporte individual al concluir la evaluación.

Instrumento

El instrumento que se utiliza para este estudio es el CDI, inventario de Depresión infantil original de M. Kovacs (1994), que fue traducido y adaptado para población mexicana en su primer versión para fines de este estudio. El cambio más importante fue el modificar la aplicación tipo test a una aplicación utilizando un evaluador entrenado, usando 27 reactivos cada uno de ellos con tres tarjetas de elección como respuesta.

Procedimiento

Fase I. Proceso de traducción

▪ Traducción

Se realizó la traducción de los items originales de la prueba extensa del CDI, 27 items al español. La tarea de traducción fue

cubierta por el equipo de investigación dos estudiantes de maestría y 2 de doctorado. (Anexo CDI n.1)

- Jueceo

Posteriormente la traducción realizada se sometió a jueceo, los jueces expertos fueron seleccionados de los programas de maestría en posgrado de la Facultad de psicología.

Participaron 30 jueces, las condiciones para ser juez fueron ser estudiante de maestría y conocer el idioma inglés. La tarea solicitada a los jueces consistió en constatar la pertinencia de la traducción considerando la edad de los sujetos, mantener el concepto del ítem y no quedarse en una traducción literal.

- Revisión y análisis de las observaciones

Se revisaron las sugerencias de los jueces con respecto al contenido de los ítems, formato, instrucciones y comentarios respecto a las características y la población donde se aplicaría la prueba, esta última fue explícita en torno a reducir la edad ya que la prueba original es de 7 a 17 años, los jueces consideraban que para los adolescentes se debería utilizar otro tipo de formato, más similar a las que se utilizan para adultos. Otra de las sugerencias fue revisar el sentido de algunas palabras que no tienen el mismo equivalente en español.

Fase II. Elección de formatos y prueba

Uno de los aspectos señalados por los jueces fue el cambio de formato que originalmente tiene el tipo test (cuestionario), indicaron que debía ser revisado ya que cada reactivo tiene a su vez 3 alternativas de respuesta. Siguiendo esta sugerencia se realizó una búsqueda de posibles formatos, en la que se encontró

la prueba CDS (Childrens Depression Scale), de la misma que tomó la utilización de tarjetas como un elemento lúdico manipulativo que motiva al niño y aparentemente reduce según las autoras una tendencia en las respuestas (Tisher y Lang , 2000). Tomando este punto como referencia de estrategia didáctica, se adaptó cada uno de los reactivos en tres diferentes tarjetas, en una oración por tarjeta (Ver Anexo CDI n.3).

Piloteo de la prueba

Se vio la necesidad de realizar un piloteo que ayudara a detectar antes de la aplicación definitiva si los niños comprendían las preguntas del instrumento, los términos de la redacción y la utilidad del formato de tarjetas. Para lo cual se evaluó a 12 niños dos por edad desde los 7 hasta los 12 años, y por grado desde el primero de primaria hasta el sexto.

En esta aplicación sólo participaron dos evaluadores, que registraron los comentarios de los niños, las dudas sobre el significado de algunos términos o el sentido de algunas preguntas.

Fase IV. Corrección de formatos

Posteriormente se realizó un análisis de las hojas de respuesta de los 12 niños, encontrando que existían dificultades en la comprensión de algunos términos como por ejemplo la palabra "decidir", recogiendo estas observaciones se detectó también que las dificultades de comprensión las referían niños pequeños de siete años e incluso algunos de nueve, motivo por el que se tomó la decisión de hacer una versión para niños pequeños y otra para niños con más edad, por lo que se utilizaron colores de cartulina para diferenciar el juego de tarjetas por edad, se usó tarjetas

verdes para niños de 7 a 9 años y azul para niños de 10 a 12 años. Se cambiaron los términos detectados como sustituir la palabra decidir por "elegir", o el aumenta "dolores y molestias en mi cuerpo " para que el niño relacione esa situación en él mismo.

Fase V. Aplicación del primer piloteo

Se establecieron acuerdos con los evaluadores, en el sentido de respetar las instrucciones, como ser el leer a todos los sujetos los reactivos y las tres opciones de respuesta por reactivo. El colocar las tarjetas de arriba hacia abajo y el mencionar la consigna que explica de qué se tratará la prueba, y la forma de responder eligiendo una de las tarjetas. Además se acordó explorar en la respuesta en los sujetos que manifestaran deseos de quitarse la vida, respondiendo al reactivo 9(Anexo CDI n.3).

Para la evaluación, la escuela primaria que no contaba con un espacio adecuado en su infraestructura, es decir un espacio libre de estímulos y suficientemente cómodo para los niños y los evaluadores. Muchas veces se demoró la aplicación por la falta de espacio o por que el salón ya estaba dispuesto para otra actividad.

La aplicación se llevó a cabo con la participación de 6 evaluadores, 3 de ellos también apoyaron en la tarea de alimentar la base de datos. Se respetó el horario de trabajo de la escuela.

La evaluación se ajustó al número de alumnos asistentes y a las modalidades de la escuela, lo que se intentó hacer fue el terminar con un grupo antes de pasar con otro pero el orden lo determinaba la dirección.

Durante la aplicación se observó que algunos niños manifestaban reacciones emocionales al responder la prueba, en ese caso el evaluador debía tranquilizar al niño.

Resultados

Primer Análisis del Estudio I

El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico SPSS.

El primer análisis de la consistencia interna de los 27 reactivos que integran la prueba, a través del índice de confiabilidad alfa de Cronbach.

Los resultados de este análisis mostraron una consistencia interna general de .2309, dato que revela que no existe una consistencia interna entre los reactivos.

Posteriormente se realizó un análisis factorial simple, descrito en los siguientes pasos:

La prueba de Kaiser KMO dio un valor de .770, lo cual indicó que la matriz era factorizable. Los valores de las comunalidades estuvieron por encima de .40 .

Además el análisis de componentes principales extrajo nueve factores, en donde las cargas se distribuyen entre el factor uno y el factor dos.

El análisis de los componentes principales como se ha mencionado extrajo 9 factores, con una varianza explicada del 55.29%.

La gráfica del Screen Plot señala que existen tres factores interpretables.

Segundo análisis del estudio 1

El segundo análisis factorial solicitó una rotación varimax con una extracción de 5 factores, para hacer un análisis específico considerando la estructura de la prueba de 5 subescalas o factores.

En cuanto a la comunalidad, se observa que los valores bajan significativamente estando en su mayoría por debajo de .50 e incluso en uno de los reactivos el valor es de .21. Por lo cual se detecta a los reactivos 11, 18 y 25.

Se observó que el peso de los reactivos cargan en el factor uno y dos.

Nuevamente se empleó la prueba de Kaiser KMO que no se modificó de .770, siendo la matriz factorizable. La gráfica del Scree Plot no mostró cambios, en relación al anterior análisis.

El análisis de componentes principales muestra una varianza explicada sólo del 39.42 %

La distribución de reactivos por factor se dió de la siguiente forma:

Tabla de Confiabilidad por reactivo Estudio 1

FACTOR	REACTIVOS	CONFIABILIDAD
Factor 1	Sentirse cansado (17) Sentir ganas de llorar(10) Me peleo (27) Algunas cosas me divierte (4) Problemas para Dormir (16) Las cosas me molestan(11)	.3062
Factor 2	Sentirse solo (20) Mal en la escuela (23) No se siente querido (25) Esforzarce para tarea(15) Como hago las cosas (3)	.014
Factor 3	Ser tan bueno como otro niño (24) Sentirse triste(1) No seguro como salen las cosas (2) Pasara algo malo(6) Como me veo (14) Molestias que preocupan (19) No tener hambre (18).	.2762
Factor 4	A gusto como soy (7) Sentir Culpa (8) Deseo Suicida (9) Tomar decisiones (13)	.1440
Factor 5	Estar con la gente(12) Portarme mal (5) Divertirse e escuela (21) Tener amigos (22)	.5548

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

El primer punto que hay que considerar es el de la confiabilidad, el valor alfa para la confiabilidad general es muy baja, lo cual revela que no existe una consistencia interna entre los reactivos que conforman la prueba.

Otro dato importante que arroja el análisis es la forma en que se distribuyen el peso de los reactivos, se puede ver que en ambos análisis los reactivos no cargan exclusivamente en el Factor 1 como sería lo deseable, esto quiere decir que la prueba no está midiendo sólo depresión, aparentemente hay otra manifestación emocional similar o cercana que está siendo sesgada por algunos de los reactivos.

La gráfica de Scree Plot muestra sólo 3 factores, lo que discrepa con los 5 factores que tiene el Inventario, representando a sus 5 subescalas.

Luego de realizar la rotación varimax se pudo apreciar que las cargas factoriales en los 5 factores son bajas, y la varianza explicada es pobre.

La conclusión general a la que se arriba es que la versión propuesta en este estudio no es adecuada, los reactivos no son confiables para poder realizar una evaluación de la depresión infantil.

A pesar de estos resultados se puede rescatar lo siguiente:

La evaluación permitió conocer que las manifestaciones de síntomas de depresión, están presentes en población general sin acudir a hospitales o centros de atención psicológica donde se encuentran los depresivos diagnosticados. Además se pudo

observar la influencia de factores sociales en la generación de estos síntomas, por las referencias de niños evaluados sobre violencia familiar, inseguridad y asalto o robo en la zona donde viven.

La experiencia de evaluar a los niños fue muy valiosa, en el sentido de formular procedimientos adecuados a la edad y características del desarrollo y contexto escolar.

Esta investigación sirvió para confirmar que evaluar el constructo de depresión es un proceso complejo por la diversidad de los síntomas; esto deberá ser tomado en cuenta para las futuras revisiones de la prueba.

Las técnicas y los formatos de evaluación deben ser adecuados para la población, considerando incluso la variable cultural de la población meta.

Limitaciones

No se efectuó un entrenamiento a los aplicadores, por lo que posiblemente los administradores de la prueba hayan diferido en la forma de aplicación.

El formato de tarjetas demoró el tiempo de aplicación, y puede significar una dificultad si se planea una aplicación colectiva.

Quizás la traducción utilizada en los reactivos aún no estaba suficientemente depurada.

No hubo toda la colaboración de maestros a la aplicación.

Tampoco se realizó una planificación adecuada que reduzca las fuentes de error.

Referencias

Caraveo.J. (1994). Panorama de la Investigación Clínico - Epidemiológica en Psiquiatría Infantil; Psiquiatría Vol 10 n.3 septiembre-diciembre.

Kovacs, M. (1992). Manual Childrens Deression Inventory. Toronto : Multi- Health Systems.

Poliano, A. (1988). Estudios sobre la depresión. Madrid: Herder.

Sue,D., Sue, S. (1994). Comportamiento anormal. México : Mc Graw Hill.

Tisher,. Lang. (2000). Cuestionario de depresión para niños CDS. Madrid : Tea.

Revista de psiquiatría en línea. Temas de depresión. Consultado en diciembre, 2001 en <http://www.psiquiatria.com>

Kaslow(1997).Tratamientos y consideraciones sobre la depresión en niños. Consultado en enero,2002, en <http://www.reuterhealt.com>

American Child Association of Psychology (1998). Depression Epidemiology. Consultado en febrero,2002, en <http://www.acap.org>.

Estudio CDI N.2

Objetivo

El objetivo central de este estudio fue realizar una serie de modificaciones al instrumento, a partir de las observaciones del estudio anterior, haciendo que los indicadores estadísticos muestren cuantitativamente una mejoría y haciendo más sensible a la prueba al medir el constructo de depresión en niños.

Método

Sujetos

Participaron en el estudio 160 niños, procedentes de una escuela pública de la Delegación Alvaro Obregón. Se estableció el rango de edad entre 7 y 12 años, manteniendo la recomendación de los jueces expertos hicieron en el estudio 1, ya que la prueba original indica un rango de 7 a 17 años. El 62 % fueron niñas y el 48 % fueron niños.

Se excluyeron de la muestra a 2 niños con severos problemas de aprendizaje, especialmente con dificultades de comprensión.

Instrumento

Se trata de una prueba que mide depresión en niños que fue traducida y adaptada para la población mexicana, la descripción detallada de las características aparece en los antecedentes de la prueba. En este segundo estudio se trabajó con una segunda propuesta de adaptación, cuyo cambio y desarrollo es descrito en el acápite de procedimiento.

Revisión teórica del constructo

Para reanudar el trabajo de adaptación de la prueba se consideró importante revisar conceptos teóricos relacionados a la depresión, con el fin de encontrar más elementos que ayuden a comprender el constructo para el cual la prueba fue elaborada. Además de conocer teórica y conceptualmente la serie de síntomas más referidos y descriptivos como lo que están citados en el DSM IV y la experiencia de otras pruebas, revisando las dimensiones para evaluar la depresión.

También se consideró de utilidad revisar las manifestaciones de depresión en los niños y las características de desarrollo del rango de edad 7-12 años. Complementando con literatura y artículos de investigación realizadas en México, para tener un marco de referencia de la presentación de esta patología emocional en el país.

Revisión de la Prueba

Se detectaron dificultades en la traducción, por ejemplo en expresiones idiomáticas que no tienen equivalencia de un idioma a otro, por ejemplo "I can't make up my mind" no representa exactamente "yo no puedo o me cuesta tomar decisiones.

Esta situación ya ha sido señalado anteriormente por diversos investigadores en el campo de teorías de la medición. Hamblton señala que es de gran utilidad en el proceso de traducción conocer la frecuencia del uso de las palabras, principalmente un procedimiento llamado de descentramiento cuando las palabras no tienen equivalencia o de hecho no existen en el idioma objetivo. El descentramiento implica hacer revisiones del test en el idioma fuente de modo que se pueda crear material equivalente en las

versiones del idioma fuente y del idioma objetivo (Hambleton en Muñiz, 1996). Siguiendo estas técnicas se formularon oraciones alternativas a la traducción ya existente, tomada en el estudio 1. El análisis y revisión de pruebas de depresión para niños establecida por Poliano, comparó la estructura de las pruebas y otros instrumentos de evaluación de la depresión infantil, encontrando que el CDI es la prueba más conocida, experimentada y estudiada, engloba los síntomas más frecuentemente considerados para indicadores del constructo depresión, reconociendo al menos 5 de las categorías más mencionadas para medir depresión en niños (Poliano, 1988).

Cambio de Formato

En cuanto al formato, este nuevamente fue cambiado, principalmente por que se estimó que el tiempo de aplicación podría extenderse si se continuaba manejando 81 tarjetas, con 3 opciones de respuesta oraciones en tarjetas individuales, para cada uno de los 27 reactivos. Este fue un motivo importante para sustituir formato.

Se intentó conservar un marco atractivo de formato utilizando gráficas o apoyo visual, que al mismo tiempo le permita discriminar una escala que se empleó en la prueba calificando las magnitudes como: mucho poco o nada, y por otro lado la temporalidad si es a veces, siempre, o todos los días.

El trabajo en esta etapa fue arduo, en el sentido de probar diversos formatos con apoyo gráfico que fuera el indicado. Se recibió la orientación de un experto en pruebas, instancia que ayudó en la selección del formato que podría facilitar la comprensión los niños. Se realizaron cambios específicos como:

colocar bloques cuadrados en posición horizontal con la referencia de una rana delante de cada posible respuesta, para que la figura de tamaño ayudara a responder la escala de magnitud de los niños pequeños.

Se simplificó la escala usando las palabras SI, NO O A VECES en la lámina para mejor comprensión. Las preguntas se las formulaba directamente al niño, quien tuvo la lámina de la escala a la vista para dar su respuesta (Ver Anexo .4 y5).

Procedimiento de aplicación

Planeación

Para esta fase se elaboraron 27 láminas, además de los reactivos extra para pilotarlos. Todas tenían una cara que hacía la pregunta, el niño debía responder de una escala con la figura de ranas colocadas delante de cada cuadro delante, los cuales tienen diferentes tamaños, pequeño, uno mediano y uno grande, indicando a debajo las respuestas posibles, el sí, el no o el a veces respectivamente. Se diseñaron instrucciones para los aplicadores y se realizó finalmente un entrenamiento sobre la forma de aplicación (Ver Anexo 5).

Procedimiento

En este acápite se realizó una descripción detallada de la aplicación.

Piloteo

Entrenamiento a los evaluadores, en la consigna el uso del tono de la voz, la forma de registrar respuestas y particularmente la importancia de establecer rapport con el niño.

- Participaron dos aplicadores entrenados. Se seleccionaron al azar de la lista de alumnos inscritos en el Primaria 12 niños, 2 niños por edad desde los 2 a los 7 años. También se piloteó el uso del formato antes descrito.
- El material en láminas fue dispuesto de forma en que se probaran la respuesta de un banco de reactivos adicionales, colocados de forma alterna cuando se terminan los 27 reactivos, esto para seleccionar los reactivos que fueran más comprensibles para los niños.

Cuestionario a padres: Otro paso importante fue el de realizar un cuestionario paralelo de los síntomas del CDI a los padres de los niños que respondieron al piloteo, con el fin de constatar si existe relación entre los síntomas referidos por los niños que los padres hayan podido observar. La aplicación fue en la modalidad de entrevista.

- Actividad de evaluación CDI pares: Fue planeada para encontrar otra fuente de información que confirme o no, las respuestas que los niños dieron en el piloteo, considerando que los niños pasan mucho tiempo en la escuela y es el segundo lugar de referencia después del ambiente familiar. La aplicación se dio en una dinámica grupal donde se le solicitó al niño en forma de juego identificar a los compañeros que se ven tristes, que son peleoneros, que no juegan, etc.

Correcciones a la prueba

Los resultados del Piloteo indicaron lo siguiente

- La dificultad central está en que los niños de 2 e incluso 3ro de primaria fue que no estaban seguros de evaluar las

características que le pedimos al mencionarle las últimas 2 semanas, por lo que la explicación inicial debe ser más cuidadosa y hacer énfasis con los ejemplos.

- Aparentemente el formato de gráficas para los niños no fueron muy significativas para ellos. Pierden su valor de estímulo, ya que los gráficos son los mismos.
- Se puede considerar la auto aplicación para los niños a partir de los 10 años.

Comparando las tres evaluaciones

- Las evaluaciones permitieron relacionar y la concordancia de los síntomas referidos por los niños, sus compañeros de salón y sus madres. Aunque solo se completó la evaluación con 9 sujetos, esta comparación permitió el siguiente análisis. Los pares coinciden más con el compañero que se evalúa que la percepción de las madres, tienden a reportar relaciones interpersonales e ineficacia, las madres tienden a reportar más ineficacia, dificultades de rendimiento escolar, y estado de ánimo que otros síntomas de las sub escalas. Se muestran a continuación dos ejemplos.

1. Nombre: Laura A.	Grado 3	Edad 8
Reporte del niño	Reporte Pares	Reporte Madre- Padre
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Animo Ganas de llora, triste,. • Anedonia : No se divierte, cansada, preocupación por dolores, sent solo. • Ineficacia :, se esfuerza para hacer tarea • Problemas Interper: no a gusto con personas, no quiere compartir, no amigos, desobediente. No amigos • Autoestima Negativa: Cosas Mal, Problemas autoimagen no le gusta como es 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Animo Sentimiento de culpa Anedonia : 4 Cansada • Ineficacia : Le cuesta Hacer la tarea • Problemas Inter :sin amigos • Autoestima Neg: Se siente fea 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Animo No reporta • Anedonia : No reporta • Ineficacia : Hace mal las cosas, le cuesta hacer la tarea • Problemas Interpersonales: no reporta • Autoestima Neg: no reporta

Nombre 2. Jose C T	Grado 2	Edad : 8
Reporte del niño	Reporte Pares	Reporte Madre- Padre
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de A Triste, ganas de llorar, preocupación cosas malas, no puede elegir. • Anedonia : sent solo, cansado, preocupa dolores, no se divierte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de animo No lo reportan • Anedonia : reportan cansado • Ineficacia :5 Mal en exámenes 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Animo Irritable le molestan las cosas, triste, le cuesta elegir • Anedonia : No reporta • Ineficacia : Hacer mal las cosas, le cuesta hacer la tarea, todo le sale mal

<ul style="list-style-type: none"> • Ineficacia :Le sale todo mal , se esfuerza en la tarea. • Problemas interp: no a gusto con personas, No amigos, desobediente. • Autoestima Negativa: Duda del afecto, no valora capacidades, no le gusta como es 	<p>Problem en tareas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas Interpersonales:4 No tiene amigos • Autoestima Neg: 3 No le gusta como es 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas Inter: No lo Reporta • Autoestima Neg: no reporta
--	---	--

Planeación de la aplicación

Se realizó un curso de capacitación de evaluadores sobre del manejo de la prueba, normas de aplicación y calificación; se hizo un énfasis especial en usar las misma instrucciones, sin variaciones o explicaciones complementarias ya que esta es una fuente de error; además de la importancia de explorar los síntomas de depresión, en los niños que la manifiesten en sus respuestas o tengan reacciones emocionales, dichas intervenciones breves de exploración deberían hacerse al terminar la aplicación. Se conformaron dos grupo uno de 8 aplicadores, incluido el equipo de trabajo del CDI y 3 personas para elaborar la base de datos. Se realizaron coordinaciones con la escuela primaria para asegurar el uso de salones en la aplicación y la disposición de los maestros para que el equipo pueda trabajar con todos los niños de la primaria, que estén en el rango de edad 7 a 12 años. Los formatos que se utilizaron ya fueron modificados luego de analizar los resultados del piloteo (Ver Anexo n.6)

Fase aplicación

Se cubrió a toda la población en 5 días hábiles el mes de diciembre, los primeros dos días se pudo contar con espacios adecuados, mientras que el restante se tuvo que aceptar las condiciones de espacio por actividades programadas de la escuela. El ritmo promedio de respuestas fue de 15 minutos por niño, se respetó el horario de descanso o recreo para que el niño que responda pudiera atender a la prueba adecuadamente.

Al terminar la aplicación se realizó una lista de niños que requirieron de intervenciones breves o referían problemáticas asociadas, para considerarlos como una prioridad evaluaciones complementarias y canalización.

Resultados

La elaboración de la base de datos se realizó en el paquete de análisis estadístico SPSS. El número total de la muestra fue de 160 aplicaciones.

Un análisis simple mostró que un alfa global para la prueba de .8067, determinó un nivel muy aceptable de confiabilidad.

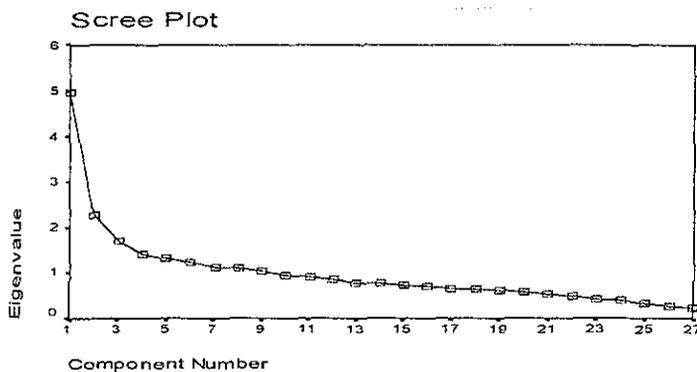
Otro dato que apoyó la consistencia interna de la prueba, fue la lectura de la tabla de comunalidades, que indicó que casi todos los reactivos son mayores a .50, ninguno de ellos menor a .30, indicando por lo tanto una comunalidad alta.

La matriz de componentes principales indicó el peso de los reactivos, y lo que se puede apreciar es que la gran mayoría de los reactivos cargaron hacia el factor uno con excepción de un par de reactivos que cargaron más hacia el segundo.

Con el fin de constatar que la matriz fuera factorizable se aplicó, la prueba KMO, la misma que indicó un valor .716 demostrando que la matriz fue apta para la factorización.

Después de realizar análisis de los componentes principales en la extracción ese encontró 9 factores, los que explicaron un 59.91% de la varianza.

En la gráfica de los valores eigen llamada Scree Plot, la gráfica muestra una línea recta para solo 4 factores.



Segundo Análisis del estudio 2

En el segundo análisis factorial se le pidió una rotación varimax para extraer 5 factores, tomando en cuenta que la prueba tiene 5 factores que representan las subescalas.

En la extracción se observó la presencia de dos reactivos para los que deben eliminarse debido a su baja comunalidad, se identificaron el reactivo 14 y el reactivo 22.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la matriz de componentes principales, se mantuvieron los pesos de los reactivos cargados en su mayoría en el primer factor.

Nuevamente se ordenó la prueba de Kaiser KMO, el resultado no tuvo ninguna variación con respecto al valor anterior .716, por lo que la matriz fue factorizable.

Otro resultado que se mantuvo igual a al anterior gráfica , fue la de Sren Plot aparentemente mostro representados hasta 4 factores. Además se puede notar que 5 reactivos explican el 43 % de la varianza, lo cual sigue siendo aceptable.

Sin embargo al eliminarlos reactivos 14 y 22 sugeridos en el primer análisis, por tener una baja comunalidad. En un segundo análisis se alcanza a notar un incremento en la varianza explicada al 45 %.

Tabla de Comunalidades y Cargas Factoriales en el Factor 1 de los componentes principales		
REACTIVOS	COMUNALIDAD	CARGA FACTORIAL EN EL FACTOR 1
R20 Te has sentido solo	.510	-.630
R7 Te gusta como eres	.478	.581
R21 Te has aburrido en la escuela	.596	.526
R27 Te has peleado	.573	-.517
R3 Las cosas que has hecho te han salido mal	.648	-.503
R23 Has hecho bien el trabajo de la escuela	.501	-.503
R15 Te ha costado trabajo la escuela	.549	.445
R25 Has pensado que algunas personas no te quieren	.511	.441
R12 Te has sentido a gusto con la	.638	-.431

gente		
R16 Te costado trabajo dormir	.367	418
R22 Has tenido ganas de estar con tus amigos	.577	-.413
R10 Has sentido ganas de llorar	.549	.412
R18 Se te ha ido el hambre	.474	.380
R13 Te ha costado decidir entre lo que te gusta	.508	.380
R17 Te has sentido cansado	.605	.380
R1 Te has sentido triste	.553	-.271
R24 Eres igual de aplicado que los demás niños	.533	.489
R6 Has pensado que te pasaran cosas malas	.602	
R2 A ti las cosas no te salen	.389	.291
R14 Has sentido que te ves feo	.527	-.368
R4 Te has divertido	.583	-.331
R26 Has Sido obediente	.647	-.237
R5 Has pensado que eres un niño malo	.670	.238
R8 Crees que las cosas han salido mal por tu Culpa	.502	404
R9 Has pensado en quitarte la vida	.498	-.285
R11 Te has sentido enojado	.715	.288
R19 Te ha preocupado enfermarte	.628	-.144

En la matriz rotada se puede determinar que reactivos componen cada uno de los factores.

REACTIVOS	FACTOR 1
R10 Te has sentido enojado	CONFIABILIDAD ALFA
R17 Te has sentido cansado	.7327
R18 Se te ha ido el hambre	
R25 Has pensado que algunas personas no te quieren	
R20 Te has sentido solo	
R1 Te has sentido triste	
R11 Has sentido ganas de llorar	

REACTIVOS	FACTOR 2
R26 Has Sido obediente	CONFIABILIDAD ALFA
R24 Eres igual de aplicado que los demás niños	.4229
R27 Te has peleado	
R23 Has hecho bien el trabajo de la escuela	
R2 A ti las cosas no te salen	

REACTIVOS	FACTOR N.3
R5 Has pensado que eres un niño malo	CONFIABILIDAD ALFA
R8 Crees que las cosas han salido mal por tu Culpa	.6988
R9 Has pensado en quitarte la vida	
R14 Has sentido que te ves feo	
R6 Has pensado que te pasaran cosas malas	
R7 Te gusta como eres	

REACTIVOS	FACTOR N.4
R16 Te costado trabajo dormir	CONFIABILIDAD ALFA
R4 Te has divertido	.4239
R15 Te ha costado trabajo la escuela	
R12 Te has sentido a gusto con la gente	

REACTIVOS	FACTOR N.5
R19 Te ha preocupado enfermarte	CONFIABILIDAD ALFA
R3 Las cosas que has hecho te han salido mal	.3968
R21 Te has aburrido en la escuela	

De manera complementaria en la tabla que aparece en Anexos del estudio 2, se muestran la comparación de frecuencia de respuestas comparando el primer estudio del segundo estudio. Se

observó que en el segundo estudio existe una distribución normal de las respuestas en la mayoría de los reactivos.

Discusión del Estudio 2

Aportes

El aporte central y quizás el más importante, es el que se logró el objetivo del estudio, al mejorar cualitativamente el Inventario CDI. Con respecto a este punto se complementó el trabajo de traducción del inventario, al hacer un análisis más extenso sobre el significado de los enunciados de los reactivos y adecuar una equivalencia de significado, el mismo que fue finalmente validado por los mismos niños participantes en el estudio. Además se sintetizó cada reactivo de la opción original de tres en solo una, manejando de otra forma la escala que pretende medir de la intensidad del síntoma.

El cambio de formato es otro aporte significativo, ya que se probó el uso de gráficas en láminas, y de una escala análoga de tres opciones como en la prueba original facilita la comprensión para los niños facilita. Se trabajó además con una gráfica adicional para que el niño tuviera claro el transcurso del tiempo en dos semanas.

Las instrucciones también fueron modificadas y clarificadas, complementadas con reactivos de ejercitación para que el niño conociera el mecanismo de dar sus respuestas.

En cuanto a lo cuantitativo, varios indicadores refirieron esta evolución en la prueba. Una de las más importantes es que se incrementó de forma significativa la confiabilidad general del inventario en el primer estudio de .2309 a alfa global a .8067 de alfa global en el segundo estudio.

Se ha elevado el nivel de discriminación de los reactivos, esto por que se puede apreciar que en el segundo estudio la mayoría de los reactivos cargan en el factor uno en el estudio dos, mientras que en el primer estudio existían más reactivos distribuidos en los factores uno y dos.

También hay diferencias en la varianza explicada, en el primer estudio el primer análisis explica solo un 55.29%, en cambio el segundo estudio aumentó un 59.91% de la varianza, una cantidad mayor de la varianza.

De los 5 factores resultantes del segundo análisis se puede inferir nuevas categorías de agrupación de los reactivos. El factor 1 tiene predominantemente síntomas de estado emocional; el factor 2 se refiere más a autocontrol y competencia social; el factor 3 a una autovaloración, mientras que el factor 4 se refiere a la valoración de anhedonia.

Observaciones y sugerencias

Una de las limitaciones del segundo estudio es que existen dificultades con dos de los reactivos el n. 22 y 14 por tener una baja comunalidad, los mismos deberían ser revisados y en posteriores estudios.

Es probable que en la aplicación algunos sujetos con algún nivel de depresión no lo hayan reportado, para detectar a estos niños como se mencionó en consideraciones previas, se requiere de otras evaluaciones complementarias.

El factor cinco agrupa síntomas diversos, por lo que se requiere de una revisión para mejorar esta situación.

A pesar de que es un tema ya mencionado se debe considerar las características de desarrollo de la población, y por otro lado las influencias culturales que siguen presentes y hay que considerarlas en futuros trabajos con la prueba.

Sería de mucha utilidad extender las aplicaciones en una población mayor de niños para corroborar los hallazgos de este estudio.

Otra sugerencia importante sería la de probar el inventario de depresión en población que se conozca como deprimida para mejorar la discriminación de la prueba.

Referencias

- J. Muñiz. Compilador.(1996). Psicometría. Madrid : Universitas SA.
Poliano, A.(1988). Estudios sobre la depresión. Madrid: Herder.

3.4.4 Adaptación del Cuestionario de estilos atribucionales para niños CASQ

Antecedentes de la Prueba

La prueba de Estilos atribucionales para niños es una aportación del Seligman , Abramson y colaboradores, como resultado a una extensa investigación que retoma la teoría de la indefensión aprendida, vinculando de forma más específica a la falta de control sobre las consecuencias ambientales, lo que puede generar un estado depresivo.

Abramson y cols (1978) propusieron tres posibles dimensiones causales atribucionales, explicativas del hecho depresivo: las internas (que incrementan la probabilidad de un déficit en la autoestima), las estables (que facilitarían que tales déficit depresivos se manifiesten frecuentemente ante una misma situación) y las globales (que conducirían a las generalizaciones de los déficits depresivos a otras situaciones).

Según ésta formulación lo que caracteriza una persona depresiva es atribuir las consecuencias aversivas a factores globales, estables e internos. (Seligman y cols, 1979; Golin y cols, 1981; Raps y cols., 1983).

Investigaciones anteriores

Para llegar a una mejor comprensión de los que son los estilos atribucionales, que es lo que se pretende medir el Cuestionario de Estilos atribucionales para niños. Se hizo una breve revisión de algunas investigaciones y conceptos que marcan la importancia de su estudio.

En el campo de los estilos atribucionales se han desarrollado desde la década de los setenta, a través de una diversidad de investigaciones.

En 1984 Seligman y colaboradores en una investigación realizada en 96 niños de escuelas primarias comparando el nivel de depresión utilizando el CDI y el estilo atribucional utilizando el CASQ encontró que existe una alta correlación entre estilos explicativos mal adaptativos y puntajes altos de depresión (Bemporad, 1982 y Mc Knew, 1975, en Seligman 1986).

Una investigación longitudinal de cinco años observó la relación entre la experimentación de síntomas depresivos en niños, eventos negativos de la vida y conductas de indefensión en situaciones de competencia social. Los resultados muestran que en la infancia temprana son los eventos negativos los predictores de depresión, mientras que en la niñez media el estilo atribucional pesimista es predictor de depresión por sí mismo o acompañados de eventos de vida negativos. (Seligman, Nolen et al , 1992).

Importancia de la Prueba

En el contexto del desarrollo de la línea de investigación en cáncer infantil, es de gran importancia contar con instrumentos que midan la depresión en una población que conocemos es susceptible de desarrollar este tipo de trastornos como es el caso de los niños diagnosticados de leucemia infantil, más si el estilo atribucional puede ser un predictor importante para desarrollar tratamientos para estos niños.

Considerando que cuando los niños padecen periodos largos de depresión, su estilo atribucional no sólo se deteriora sino que le

recuerda los eventos negativos incluso después de que estos hayan remitido, presumiblemente los coloca en un nivel de riesgo para episodios futuros de depresión (Seligman, Nolen et al , 1992).

Instrumento

Ficha Técnica

Nombre Original: "Children Attributional Style Questionnaire"

Autor: Martin Seligman, Ph.D."

Procedencia: Universidad de Pensilvania - USA,. 1995

Material Original autorizado por los autores y La Universidad de Pennsylvania- Department of Psychology, a la línea de investigación sobre Cáncer infantil " Programa de apoyo Psicosocial para niños con Leucemia y sus familias".

Responsable : Dr. Héctor Ayala Velásquez

Características del Instrumento

Edades para administrar la prueba: 8 a -los 13 años

Número de reactivos: 48

Los 48 items contienen eventos hipotéticos que pueden ser positivos es decir un acontecimiento que trae algo favorable, como ganar una buena calificación, ser reconocido, felicitado; y por otro lado eventos negativos que tiene que ver con malas ejecuciones o eventos de vida negativos, como tus padres se divorcian o de ejecución en el caso de " fallas un tiro y tu equipo pierde ".

Cada 16 situaciones (items) corresponden a una de las dimensiones internalidad, estabilidad y globalidad.

Calificación: Para calificar la prueba se le asigna la calificación de 1 en cada respuesta interna, estable o global y 0 a cada respuesta a cada respuesta externa, inestable y específica.

Para extraer el número de respuestas totales se restan la sumatoria del total de items positivos de los items negativos.

Administración : La forma de aplicación del cuestionario es de autoaplicación tipo test, donde el sujeto lee la situación del reactivo y selecciona una respuesta A o B que están elaborada en base a las subescalas(Seligman, Kaslow; Abramson y cols; 1984).

Dimensiones- Subescalas

Como se mencionó anteriormente cada una de estas subescalas tiene 16 reactivos que los representan a lo largo del instrumento, la mitad de los cuales están como opciones de respuesta de eventos negativo y la otra mitad en los eventos positivos.

A) Internalidad: Se refiere a atribuciones internas, el sujeto es responsable por su falta de habilidad o de competencia.

B) Estabilidad: Se refiere a atribuciones que permanecen en el tiempo son constante de hecho el sujeto espera que se repitan en el futuro, particularmente se puede observar en los negativos.

C) Globalidad: Sus malas ejecuciones o eventos negativos se van generalizando a diversas áreas de la vida del sujeto.

Objetivo

El objetivo central de este estudio es realizar una primera aproximación en la adaptación de la prueba, sobre todo en el lenguaje que propicia la comprensión de la prueba, respetando la estructura de los reactivos y el tipo de evaluación que le piden al niño.

Método

Sujetos

Participaron en este estudio un total de 175. sujetos, un grupo de 133 n. Pertenecía a una escuela primaria de gobierno dependiente de la Delegación Alvaro Obregón en la Colonia extensión las Aguilas. El segundo grupo estuvo conformado por alumnos de primaria, de una escuela particular de la Delegación de Tlahuac, con una participación de 42 n. niños.

El total de la muestra tuvo un 46 % de niños y un 54 % de niñas. Todos los niños se encontraban en el rango de edad de 8 a 12 años, es decir que la mayoría de ellos estaban cursando desde segundo de primaria a sexto de primaria, el criterio para la participación fue la edad cronológica antes que el grado.

Procedimiento

Fase I. Traducción

Antes de iniciar la traducción de la versión original del idioma inglés al español, se revisaron las categorías a partir de las cuales está construido el CASQ, el lenguaje utilizado y particularmente la forma en la que se planteaban cada una de las situaciones (reactivo) del cuestionario.

La propuesta de la traducción respetó los elementos antes señalados, teniendo especial cuidado en no alterar el mecanismo del cuestionario, ya que se le solicita al niño poner en practica sus habilidades cognitivas para colocarse en una situación supuesta en la cual debe figurarse una posible explicación desde su propia experiencia y forma de ser.

Se realizó una traducción de las 48 situaciones de la prueba y sus dos opciones de respuesta en las que estaban incluidas los

criterios de las subescalas. Se realizaron algunas adaptaciones a algunos reactivos, "situaciones" que podrían resultar lejanas al referente cultural de los niños, como en las expresiones "nadar en el río", " llegar tarde por que el tren se retrasa ".

La consigna fue adaptada también a partir de inferencias sobre el uso de la prueba de los artículos enviados por el equipo de Seligman de la Universidad de Pennsylvania. Ya que los formatos originales no incluían la consigna.

Fase II. Jueceo

Se planeó un jueceo con el fin de revisar la el cuestionario en su totalidad, verificar si la traducción realizada estaba por un lado contextualizada a las los usos del idioma español en la población infantil mexicana y por otro lado si la traducción respondía a los conceptos y planteamientos teóricos de constructo que sustentan el instrumento.

Para lograr este objetivo se invitó a veinte jueces a participar de la revisión de la prueba, 5 de ellos fueron estudiantes de maestría y los otros 15 fueron estudiantes de doctorado. Por la extensión de la prueba se enviaron la versión original y la propuesta de traducción vía internet, acompañada de una breve descripción de las características de la misma, se adjuntó una hoja de respuestas donde cada juez debía señalar si estaba de acuerdo con la traducción o no si no lo estaban, en ambos casos se les invitó a realizar sus sugerencias (Ver Anexo CASQ n.1)

Fase III. Correcciones a la Prueba

Se revisaron las respuestas y sugerencias de los 15 jueces que enviaron el formato de respuesta. Seguidamente se revisaron las

respuestas contabilizando los acuerdos y desacuerdos, se analizaron las sugerencias de cambio de lenguaje o de explicar mejor la situación y en base a esto se propusieron los cambios.

En relación al formato, se consideró la opción de colocar apoyos visuales o gráficas que puedan ayudar al niño a no percibir la prueba como repetitiva (Ver Anexo CASQ n.2 y n.3).

Fase IV. Piloteo

Antes de aplicar el piloteo, se contó con la supervisión de un experto en adaptación de pruebas, el mismo que realizó varias sugerencias, las observaciones que se hicieron sobre la versión mejorada después del jueceo, se señaló darle prioridad a la comprensión de las situaciones hipotéticas y a las dos posibles elecciones de respuesta (estilo atribucional) para los niños ,antes que al formato.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se efectuó el piloteo con la participación de dos evaluadoras entrenadas, las cuales evaluaron a 12 niños de la escuela primaria de la Delegación Alvaro Obregón entre las edades de 8 y 12 años.

Formularon las 48 situaciones de los reactivos sin inducir respuestas, permitiendo que los niños formulen dos sugerencias de respuesta de forma espontánea, las respuestas fueron gravadas para su posterior análisis. Este procedimiento tiene una referencia en la técnica descrita por Reyes Lagunes en el uso de redes semánticas, para que sea el sujeto el que sugiera que esta entendiendo.

Fase V. Corrección de Formatos

La corrección de formatos siguió un proceso diferente, ya que el foco de atención fue rescatar las respuestas de los propios niños e intentar analizar el contenido e ir buscando su relación a alguno de los estilos explicativos descritos en la prueba, y por otro lado, se retomó el lenguaje utilizado al dar sus respuestas para realizar las modificaciones en el lenguaje.

Fase VI. Planeación de la aplicación

Se realizó un taller de entrenamiento para evaluadores, el mismo que tuvo por objetivo conocer los antecedentes de la prueba, las normas de aplicación y la calificación. Se hizo énfasis en no alterar la forma de aplicación ya que de esa manera se reducen fuentes de error.

Se organizaron equipos calculando el tiempo de aplicación y el respetar la hora de descanso para el niño(hora de recreo). Además se conformó un grupo de tres personas para elaborar la base de datos.

Finalmente se insistió en el manejo ético de la aplicación reportando a los niños que manifiesten dificultades durante la evaluación o cuya conducta llame la atención

Fase VII. Aplicación

El ambiente donde se realizaron las aplicaciones no mantuvo condiciones iguales, ya que las actividades de la escuela, a pesar del acuerdo que se llegó con la dirección, obligaban al grupo de evaluadoras a adaptarse a las condiciones de infraestructura disponibles.

Se evaluaron a los niños desde segundo grado hasta sexto, considerando que estuvieran en la edad de 8 a 12 años.

Por otro lado al no reunir un número adecuado de sujetos en la Primaria de Alvaro Obregón, se tuvo que buscar una segunda escuela para reunir un número mayor de aplicaciones, es el motivo que el segundo grupo de sujetos proviene de una escuela particular de la Delegación de Tlahuac(Ver anexo n.3 CASQ).

Resultados

El procesamiento de los datos se realizó por medio del paquete estadístico SPSS, el que trabajo sobre una base de 175 aplicaciones.

Se intentó realizar un primer análisis factorial para reducir los datos y realizar una examinación de los mismos, sin embargo no se alcanzo a realizar un análisis factorial ordinario, debido a las características de la construcción de la prueba que dificultaron cumplir con este paso.

Sin embargo se pudo completar los procedimientos para la confiabilidad general e interna de la prueba.

Confiabilidad

Confiabilidad de Eventos positivos A través de un análisis de datos simple se consiguió la confiabilidad con un alfa de Crombah de 2.366, para todos aquellos reactivos que formulan eventos positivos.

Confiabilidad de Eventos negativos. El análisis de los reactivos de eventos negativos dio como resultado un alfa de .4287.

Se evaluaron a los niños desde segundo grado hasta sexto, considerando que estuvieran en la edad de 8 a 12 años.

Por otro lado al no reunir un número adecuado de sujetos en la Primaria de Alvaro Obregón, se tuvo que buscar una segunda escuela para reunir un número mayor de aplicaciones, es el motivo que el segundo grupo de sujetos proviene de una escuela particular de la Delegación de Tlahuac(Ver anexo n.3 CASQ).

Resultados

El procesamiento de los datos se realizó por medio del paquete estadístico SPSS, el que trabajo sobre una base de 175 aplicaciones.

Se intentó realizar un primer análisis factorial para reducir los datos y realizar una examinación de los mismos, sin embargo no se alcanzo a realizar un análisis factorial ordinario, debido a las características de la construcción de la prueba que dificultaron cumplir con este paso.

Sin embargo se pudo completar los procedimientos para la confiabilidad general e interna de la prueba.

Confiabilidad

Confiabilidad de Eventos positivos A través de un análisis de datos simple se consiguió la confiabilidad con un alfa de Crombah de 2.366, para todos aquellos reactivos que formulan eventos positivos.

Confiabilidad de Eventos negativos. El análisis de los reactivos de eventos negativos dio como resultado un alfa de .4287.

Confiabilidad Global. Los resultados de un análisis simple de todos los reactivos tanto evento positivos como negativos mostró una confiabilidad de alfa .0340 negativo.

Confiabilidad por Edad

Además, se realizó un análisis para comparar la confiabilidad por edad, por lo que se realizó una división de la muestra en dos grupos de edad. La primera para niños de edad igual o menor a los nueve años. Y la segundo para los niños mayores de edad igual o mayor a los 10 años.

CONFIABILIDAD PARA NIÑOS MENORES DE 9 AÑOS	CONFIABILIDAD PARA NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS
Alfa= .049	Alfa = .4359

Confiabilidad por Subescala

Al tener la prueba 3 tres subescalas que integran tres tipos posibles de atribuciones, se decidió realizar una serie de análisis simples con el fin de encontrar el nivel de confiabilidad representado por el Alfa de Crombach.

SUBESCALA GLOBALIDAD	SUBESCALA INTERNALIDAD	SUBESCALA ESTABILIDAD
Alfa = .0340	Alfa = .4507	Alfa = .1036

Discussion

A pesar de que los resultados aún no muestran indicadores cuantitativos deseables sobre la sensibilidad de la prueba, se puede decir que sí se cumplió con el objetivo de establecieron una aproximación en el proceso de validación de la prueba.

Entre las aportaciones de este estudio esta el de haber constatado que este instrumento requiere de un nivel de desarrollo cognitivo suficiente, más cercano al manejo de pensamiento abstracto y de un razonamiento que incluya mas de una condición a la vez, ya que comprueba que los niños mayores pueden responder mejor a la tarea que se les pide en la prueba.

Uno de los aciertos más importante de este estudio, fue el de aplicar la técnica de redes semánticas en una versión adaptada, buscando las formas en que los niños interpretan y se refieren a ciertas situaciones hipotéticas que le brinda la prueba, esto sirvió de mucho para adaptar el lenguaje utilizado. En este mismo punto fue interesante encontrar que aparentemente los niños evaluados en el piloteo manifestaron una tendencia a dar respuestas que hablan de un estilo atribucional interno y estable, más en eventos negativos, como si para los menores existiera un referente directo de eventos negativos y desarrollar un cierto sentimiento de culpa, aunque habría que comparar otros grupos sociales para establecer la presencia de un factor cultural que influya en los estilos atribucionales.

Limitaciones

Una de las limitaciones serias fue la de encontrar un modelo de manejo de los datos más adecuado que se ajuste a su estructura,, ya que la prueba maneja tres tipos de atribuciones posibles de identificar que a su vez responden a eventos positivos o negativos, lo que dificulta el manejo de datos.

Entre las sugerencias esta el de plantear un trabajo más detallado utilizando la técnica de redes para pilotear los reactivos

Quizá otra de la dificultades de este estudio estuvo en evaluar dos grupo de formas diferentes ya que uno de ellos tuvo aplicación individual mientras que el segundo fue grupal.

Hay que mencionar las dificultades institucionales, primero de encontrar una escuela que este dispuesta a aceptar el trabajo de evaluación y luego que se mantener los acuerdos, la falta de disposición de un ambiente adecuado para la evaluación es otro factor que pudo incidir

Finalmente se debe mencionar que medir un constructo como los estilos atribucionales es un trabajo que requiere un tiempo mayor de trabajo y encontrar una metodología pertinente más depurada para evaluar éstas tareas cognitivas, sin dejar de las diferencias culturales.

Estos estudios previos de la depresión y los estilos atribucionales no han respondido todavía al cuestionamiento de sí los niños tienen estilos atribucionales lo suficientemente estables como para llevarlos a episodios depresivos.

Además se han hecho otras observaciones sobre el nivel cognitivo necesario para experimentar indefensión o sentimientos de culpa(Bemporad,1982 y Mc Knew, 1975, en Seligman 1986).

Referencias

Poliano y Domec (1988); Estudios Sobre la Depresión; Herder, Madrid.

Seligman, Nolen y Girus (1986) Art : Learned Helpness in Children : A Longitudinal Study of Depresión, Achivement and Explanatory Style; APA. Journal of Personality And Social Psychology.

Seligman y Cols (1989) Art . Sex Differences in Depression and Explanatory Syle : Presente al the Child Development Research , Kansas April 1989.

Seligman, Aransom y Cols (1984) Art : Attributional Style and Depressive Syntoms Among Children; APA, Journal of Abnormal Psychology. Vol 93. N. 2.

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

Competencias Profesionales

La experiencia desarrollada en el programa a nivel de investigación fue muy enriquecedora, en el sentido que se tuvo la oportunidad de trabajar en la creación de una línea de investigación, en un campo en el que hay mucho por hacer, como es el apoyo psicosocial a la leucemia infantil, en el caso de los pacientes y sus familiares, más desde la Medicina Conductual que posee las herramientas técnicas y metodológicas para trabajar en la enfermedad crónica como es el Cáncer.

El trabajo específico de la adaptación de pruebas para medir la depresión, ha desarrollado la capacidad de trabajar en instrumentos de evaluación, habilidad muy importante en el campo laboral y más en el de la investigación, ya que se entiende que todo programa de intervención que no tenga una medición o evaluación adecuados, no puede mostrar resultados confiables.

Las experiencias paralelas de todo el proceso de investigación, desarrollaron competencias muy importantes, tomando en cuenta que el trabajo interdisciplinario es el eje del psicólogo que actúa en el campo de la salud. El trabajo exigió la coordinación con colaboradores de los estudios de adaptación de las pruebas, el contacto institucional en el caso del protocolo desarrollado para el Instituto Nacional de Pediatría y el contacto con el Grupo GAMFEL de apoyo para personas enfermas con leucemia, este último significó la oportunidad de aportar directamente y observar la problemática en un hospital de tercer nivel en el servicio de pediatría; y aunque esta experiencia no es descrita dentro del reporte, fue en todo caso complementaria para poder alentar el

desarrollo del protocolo para elaborar material de educación para la salud dentro de esta problemática.

Además, está la adquisición de habilidades de trabajo en equipo, dirigiendo el apoyo de estudiantes de licenciatura, como en la planeación del trabajo con estudiantes de posgrado que tienen una mayor experiencia en campo de la investigación. Sin duda, las actividades de investigación desarrolladas el segundo año de residencia complementó la formación y la capacidad de elaborar propuestas en investigación que respondan a problemáticas de salud, desde la especialización en medicina conductual.

INDICE DE ANEXOS

Anexos Inventario de Depresión Infantil

- Anexo 1: Jueceo CDI
- Anexo 2: Primeras Correcciones CDI
- Anexo 3: Formato CDI- Estudio 1
- Anexo 4: Primera Propuesta CDI Estudio 2
- Anexo 5: Cambios de Formato CDI - Piloteo Estudio2
- Anexo 6: Formatos Finales CDI - Estudio 2
- Tabla comparativa de respuestas en Estudio 1 y Estudio 2

Anexos Cuestionario de Estilos Atribucionales para Niños

- ♦ Anexo 1: Jueceo CASQ
- ♦ Anexo 2: Correcciones y sugerencias de Jueceo
- ♦ Anexo 3 Adaptación del Formato
- ♦ Anexo 4: Piloteo CASQ
- ♦ Anexo 5: Formato Final CASQ

ANEXO N.1 Primera Traducción enviada a los expertos para el juecéo

Instrucciones

Este es un Instrumento que mide la depresión infantil. Nos encontramos en el proceso de traducción del mismo por lo que necesitamos de su colaboración como jueces expertos por sus conocimiento en psicología y el idioma Inglés.

En su evaluación de la traducción tenga en cuenta los siguientes criterios:

- Es un instrumento para niños en edades de 7 - 17 años
- La traducción en español debe contener la idea central, más que los términos literales
- El lenguaje debe ser culturalmente conocido

En caso de estar de acuerdo con alguna de las alternativas de traducción marca con una cruz en la rayita que tiene cada una delante (incisos a, b y c minúsculas). En caso de que considere que ninguna de las opciones constituye una traducción adecuada. puede hacer una propuesta diferente de las alternativas de traducción que aparecen, utilice el número de reactivos (ej.1,2...27) y la columna (ej. A, B y C) para especificar a cuál se refiere. Y anote ésta propuesta de redacción en la parte de atrás de las hoja, de acuerdo a las especificaciones anteriores.

No dude en hacer cualquier señalamiento relativo al contenido y forma del instrumento.

Muchas gracias por su participación

1	<p>A. I am sad once in a while</p> <p>a) ___ A veces estoy triste b) ___ De vez en cuando estoy triste c) ___ A veces me siento triste</p>	<p>B. I sad many times</p> <p>a) ___ Estoy triste muchas veces b) ___ Me siento triste muchas veces c) ___ Estoy triste con frecuencia</p>	<p>C. I am sad all the time</p> <p>a) ___ Estoy triste siempre b) ___ Estoy triste todo el tiempo c) ___ Siempre me siento triste</p>
2	<p>A. Nothing will ever work out for me</p> <p>a) ___ Nunca me saldrán bien las cosas b) ___ Nada me saldrá bien c) ___ Las cosas no me saldrán bien</p>	<p>B. I am not sure if things will work out</p> <p>a) ___ No estoy seguro de que me saldrán bien las cosas b) ___ Me siento inseguro de cómo me saldrán las cosas c) ___ No estoy seguro de que saldrán las cosas</p>	<p>C. Things will work out for me</p> <p>a) ___ Todas las cosas me saldrán b) ___ Las cosas me van a salir bien c) ___ Las cosas van a salirme bien</p>
3	<p>A. I do most things O.K.</p> <p>a) ___ Hago muchas cosas bien b) ___ Hago la mayoría de las cosas bien c) ___ Muchas de las cosas que hago están bien</p>	<p>B. I do many things wrong</p> <p>a) ___ Hago muchas cosas mal b) ___ La mayoría de las cosas que hago están mal c) ___ Mucho de lo que hago está mal</p>	<p>C. I do everything wrong</p> <p>a) ___ Todo lo que hago está mal b) ___ Yo hago todo mal c) ___ Todo lo hago mal</p>
4	<p>A. I have fun in many things</p> <p>a) ___ Me divierten muchas cosas b) ___ Me divierto mucho c) ___ Yo me divierto en muchas cosas</p>	<p>B. I have fun in some things</p> <p>a) ___ Yo me divierto solo en algunas cosas b) ___ Me divierten algunas cosas c) ___ Yo me divierto con algunas cosas</p>	<p>C. Nothings is fun at all</p> <p>a) ___ Nada es completamente divertido b) ___ Nada me resulta divertido c) ___ Nada me divierte</p>
5	<p>A. I am bad all the time</p> <p>a) ___ Soy malo todo el tiempo b) ___ Todo el tiempo soy malo</p>	<p>B. I am bad many times</p> <p>a) ___ Muchas veces soy malo b) ___ Soy malo muchas veces</p>	<p>C. I am bad once in a while</p> <p>a) ___ De vez en cuando soy malo b) ___ A veces soy malo</p>
6	<p>A. I think about bad things happening to me once in a while</p> <p>a) ___ De vez en cuando pienso que algunas cosas malas me están pasando b) ___ A veces pienso que me están pasando algunas cosas malas c) ___ Pienso que algunas cosas malas me están pasando a veces</p>	<p>B. I worry that bad things will happen to me</p> <p>a) ___ Me preocupa que me pasen cosas malas b) ___ Me preocupa que me vayan a suceder cosas malas c) ___ Estoy preocupado porque me pasen cosas malas</p>	<p>C. I am sure that terrible things happen to me</p> <p>a) ___ Estoy seguro de que me suceden cosas terribles b) ___ Tengo la seguridad de que pasarán cosas terribles c) ___ Con seguridad me pasarán cosas terribles</p>
7	<p>A. I hate myself</p> <p>a) ___ Me odio b) ___ Me odio a mí mismo c) ___ Odio como soy</p>	<p>B. I do not like myself</p> <p>a) ___ No me gusta a mí mismo b) ___ No me gusta como soy c) ___ No me gusta</p>	<p>C. I like myself</p> <p>a) ___ Me gusta como soy b) ___ Estoy a gusto como soy c) ___ Me gusta</p>
8	<p>A. All bad things are my fault</p> <p>a) ___ Son por mi culpa todas las cosas malas b) ___ Todas las cosas malas que pasan son por mi culpa c) ___ Todo lo malo que sucede es por mi culpa</p>	<p>B. Many bad things are my fault</p> <p>a) ___ Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa b) ___ Tengo la culpa de muchas de las cosas malas que pasan c) ___ Es mi culpa muchas de las cosas malas que pasan</p>	<p>C. Bad things are not usually my fault</p> <p>a) ___ Las cosas malas que pasan no son por mi culpa b) ___ No suele ser mi culpa las cosas malas que pasan c) ___ No todas las cosas malas que suceden son mi culpa</p>
9	<p>A. I do not think about killing myself</p> <p>a) ___ No he pensado en quitarme la vida b) ___ No he pensado en matarme c) ___ No he pensado acerca de quitarme la vida</p>	<p>B. I think about killing myself but I would not do it.</p> <p>a) ___ He pensado en quitarme la vida pero no lo haría b) ___ He pensado en matarme pero no lo haría c) ___ No me quitaría la vida aunque lo he pensado</p>	<p>C. I want to kill myself</p> <p>a) ___ Tengo deseos de quitarme la vida b) ___ Deseo matarme c) ___ Deseo quitarme la vida</p>
10	<p>A. I feel like crying everyday</p> <p>a) ___ Siento ganas de llorar todos los días b) ___ Siento deseos de estar llorando todo el día c) ___ Siento ganas de estar llorando todo el día</p>	<p>B. I feel like crying many days</p> <p>a) ___ Muchos días siento ganas de llorar b) ___ Muchas veces siento deseos de estar llorando c) ___ Siento que estoy llorando muchos días</p>	<p>C. I feel like crying once in a while</p> <p>a) ___ A veces siento deseos de llorar b) ___ Siento ganas de estar llorando de vez en cuando c) ___ A veces siento deseos de llorar</p>
11	<p>A. Things bother me all the time</p> <p>a) ___ Me molestan las cosas todo el tiempo b) ___ Estoy molesto todo el tiempo c) ___ Las cosas me molestan todo el tiempo</p>	<p>B. Things bother me many times</p> <p>a) ___ Me molestan las cosas muchas veces b) ___ Estoy molesto muchas veces c) ___ Muchas veces las cosas me molestan</p>	<p>C. Things bother me once in a while</p> <p>a) ___ Me molestan las cosas algunas veces b) ___ Estoy molesto algunas veces c) ___ Algunas veces las cosas me molestan</p>

ANEXO N.2 CORRECCIONES DE LA PRUEBA COMO RESULTADO DEL JUECEO

Hoja FRONTAL

CDI- S
Maria Kovacs, PhD.

Muchas veces tenemos diferentes sentimientos e ideas. Lo que hemos hecho en este cuestionario es poner estos sentimientos e ideas en grupos.

En cada grupo hay tres oraciones, escoge la oración que te describa mejor en las dos últimas semanas. Cuando termines con un grupo, pasa al siguiente.

No existen respuestas buenas o malas, solo escoge la oración que diga como te has sentido recientemente.

Pon un tache como este X cerca de tu respuesta, sobre la línea que esta al lado de la oración.

Aquí hay un ejemplo de cómo se hace. Inténtalo, coloca un tache sobre la línea cerca de la oración que te describa mejor.

EJEMPLO

- Leo libros todo el tiempo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

Cuando te indiquen pasa a la siguiente página y empieza a trabajar. Elige las oraciones que te describen mejor.

RECUERDA, ELIGE LA ORACIÓN QUE TE DESCRIBA MEJOR EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS

<p>_____ veces me siento triste</p> <p>_____ me siento triste muchas veces</p> <p>_____ me siento triste todo el tiempo</p>
<p>_____ la mayoría de las cosas que hago están bien</p> <p>_____ hago muchas cosas mal</p> <p>_____ todo lo hago mal</p>
<p>_____ me porto mal todo el tiempo</p> <p>_____ me porto mal muchas veces</p> <p>_____ me porto mal a veces</p>
<p>_____ me odio</p> <p>_____ me gusta como soy</p> <p>_____ me gusta como soy</p>
<p>_____ pienso en matarme</p> <p>_____ he pensado en matarme pero no lo haría</p> <p>_____ quiero matarme</p>

<p>2.</p> <p>_____ Las cosas nunca me van a salir bien</p> <p>_____ No estoy seguro de cómo me saldrán las cosas</p> <p>_____ Las cosas me van a salir bien</p>
<p>4.</p> <p>_____ Me divierten muchas cosas</p> <p>_____ Me divierten algunas cosas</p> <p>_____ Nada me divierte</p>
<p>6.</p> <p>_____ A veces pienso que me van a pasar cosas malas</p> <p>_____ Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas</p> <p>_____ Estoy seguro de que me pasarán cosas terribles</p>
<p>8.</p> <p>_____ Todas las cosas malas que pasan son por mi culpa</p> <p>_____ Muchas cosas malas que pasan son por mi culpa</p> <p>_____ No todas las cosas malas que pasan son mi culpa</p>
<p>10.</p> <p>_____ Todos los días siento ganas de llorar</p> <p>_____ Muchas veces siento ganas de llorar</p> <p>_____ A veces siento ganas de llorar</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

15/9

Anexo n. 3 FORMATO CDI ESTUDIO 1

1a

veces me siento triste

3a

La mayoría de las cosas que hago están bien.

1b

Me siento triste muchas veces.

3b

Hago muchas cosas mal.

1c

Me siento triste todo el tiempo.

3c

Todo lo hago mal.

2a

Las cosas nunca me van a salir bien.

4a

Me divierten muchas cosas.

2b

No estoy seguro de cómo me saldrán las cosas.

4b

Me divierten algunas cosas.

2c

Las cosas me van a salir bien.

4c

Nada me divierte.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO N.4 PROPUESTA DEL ESTUDIO 2 COMPARATIVA A LOS REACTIVOS ORIGINALES Y LA TRADUCCIÓN DEL ESTUDIO 1

CHILDREN'S DEPRETION INVENTORY "CDI"
PROPUESTA

SUBESCALAS QUE EVALUA LA PRUEBA

Estado de ánimo negativo A	Problemas interpersonales B	Ineficacia C	Anhedonia D	Autoestima negativa E
--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------	-----------------------	---------------------------------

Reactivos Versión Extensa (27 Items)

Item 1

Subescala A

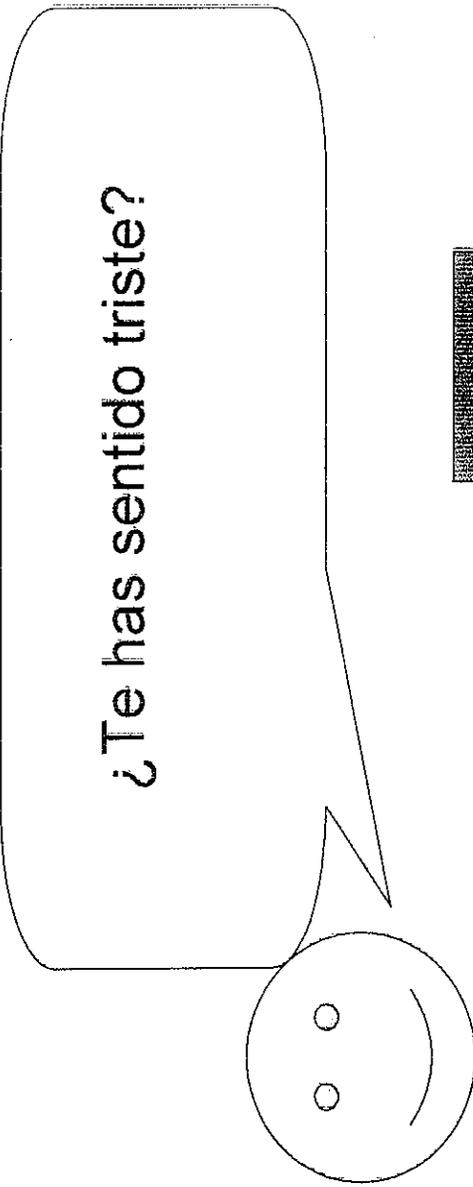
Versión original	Traducción	Versión propuesta	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ I am sad once in a while ♦ I am sada many times ♦ I am sad all the time 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estoy triste algunas veces ❖ Estoy triste muchas veces ❖ Estoy triste todo el tiempo 	¿Te has sentido triste?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No ➤ A veces ➤ Sí

Item 2

Subescala E

Versión original	Traducción	Versión propuesta	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nothing will ever work out for me ♦ I am not sure if things will work out ♦ Things will work out for me O.K. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Las cosas nunca me van a salir bien ❖ No estoy seguro de cómo me saldrán las cosas ❖ Las cosas me van a salir bien 	<ul style="list-style-type: none"> *¿Las cosas que has hecho te han salido bien? o ¿Te han salido bien las cosas? o ¿Cómo te han salido las cosas? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No ➤ A veces ➤ Sí ➤ Bien ➤ Más o menos ➤ Mal ➤ No ➤ A veces ➤ Sí

Anexo CDI n.5
Lámina Ejemplo usada en el piloteo Estudio 2



**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**

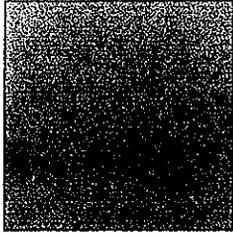


ANEXO N. 6 FORMATO FINAL CDI ESTUDIO
 INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS
 ADAPTACIÓN PARA POBLACIÓN MEXICANA
 " Child Depression Inventory"
 Original - M. Kovacs

Item N.	Pregunta	Subescala
1.	Te has sentido triste	Estado de Animo Neg.
2.	A ti las cosas no te salen	Autoestima Negativa
3.	Las cosas que has hecho te han salido mal	Ineficacia
4.	Te has divertido	Anedonia
5.	Has pensado que eres un niño malo	Problemas Interperson
6.	Has pensado que te pasaran cosas malas	Estado de Animo Neg.
7.	Te gusta como eres	Autoestima Negativa
8.	Creer que las cosas han salido mal por tu Culpa	Estado de Animo Neg.
9.	Has pensado en quitarte la vida	Autoestima Negativa
10.	Has sentido ganas de llorar	Estado de Animo
11.	Te has sentido enojado	Estado de Animo
12.	Te has sentido a gusto con la gente	Problemas Interperson
13.	Te ha costado decidir entre lo que te gusta	Estado de Animo
14.	Has sentido que te ves feo	Autoestima Negativa
15.	Te ha costado trabajo la escuela	Ineficacia
16.	Te ha costado trabajo dormir	Anedonia
17.	Te has sentido cansado	Anedonia
18.	Se te ha ido el hambre	Anedonia
19.	Te ha preocupado enfermarte	Anedonia
20.	Te has sentido solo	Anedonia
21.	Te has aburrido en la escuela	Anedonia
22.	Has tenido ganas de estar con tus amigos	Anedonia
23.	Has hecho bien el trabajo de la escuela	Ineficacia
24.	Eres igual de aplicado que los demás niños	Ineficacia
25.	Has pensado que algunas personas no te quieren	Autoestima Negativa
26.	Has sido Obediente	Problemas Interperson
27.	Te has peleado	Problemas Interperson

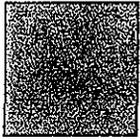
" Child Depression Inventory" Original - M. Kovacs
 Adaptación (Meave y Ayala,2001)

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**



SI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



A VECES



NO

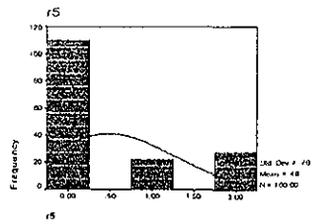
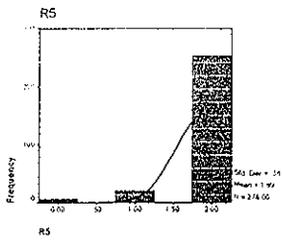
Anexo CDI

**TABLA COMPARATIVA ESTUDIO 1 Y ESTUDIO 2
EJEMPLOS DE REACTIVOS**

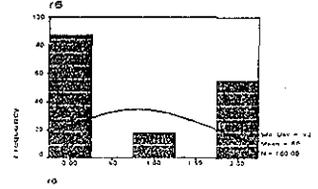
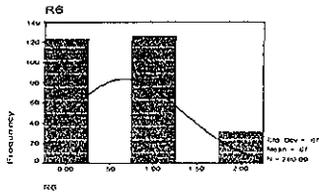
ESTUDIO 1	ESTUDIO 2
<p>Reactivo 1</p>	<p>R1</p>
<p>Reactivo 2</p>	<p>r2</p>
<p>Reactivo 3</p>	<p>r3</p>
<p>Reactivo 4</p>	<p>r4</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

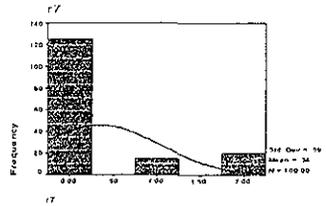
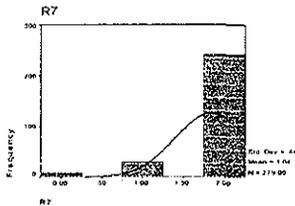
Reactivo



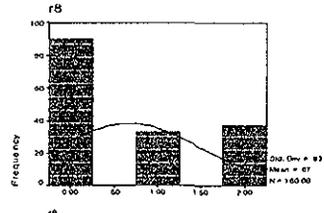
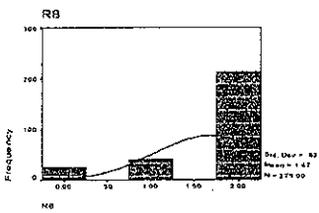
Reactivo 6



Reactivo 7



Reactivo 8



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TESTES CON
FALLA DE ORIGEN**

**ANEXO N.1 JUECEO CASQ
THE CHILDREN'S ATTRIBUTIONAL STYLE QUESTIONNAIRE**

Esta es la traducción preliminar del Test de estilos atribucionales de Seligman para niños de 8 a 13 años. Esta prueba, está construida para detectar las atribuciones causales, de como un sujeto explica las diferentes situaciones que lo colocan en desamparo; por ejemplo motivos internos(características personales) o externos (situaciones, u otras personas).

En conocimiento que usted es un experto en el campo de la Psicología y que conoce y maneja el idioma ingles, le pedimos de la manera más atenta, pueda revisar la prueba, evaluando si la traducción es correcta o incorrecta en la hoja de respuestas; si no es correcta proponga una nueva en la casilla correspondiente.

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

ITEM ORIGINAL	TRADUCCION
<p>A. You get an "A" on a test A. I am smart B. I am good in the subject that the test was in</p>	<p>1) Sí Sacaste un 10 en un examen Es porque: A. Yo soy listo B. Yo soy bueno en el tema de ese examen</p>
<p>2. You play a game with some friends and you win A. The people that I played with did not play the game well B. I play that game well</p>	<p>2) Sí Juegas con algunos amigos y tú ganas Es porque: A. Los niños con los que jugué no juegan bien B. Yo juego bien</p>
<p>3. You spend a night at a friend's house and you have a good time A. My friend was in a friendly mood that night B. Everyone in my friend's family was in a friendly mood that night</p>	<p>3) Sí la pasaste muy bien en casa de un amigo Es porque: A. Mi amigo estaba de muy buen humor ese momento B. Todo el mundo en casa de mi amigo estaba de buen humor ese momento</p>
<p>4. You go on vacation with a group of people and you have fun A. I was in a good mood B. The people I was with were in good moods</p>	<p>4) Sí te vas de vacaciones con un grupo de gente y te diviertes mucho Es porque: A. Yo estaba de buen humor B. La gente con la que me fui estaba de buen humor</p>
<p>5. All of your friend's catch a cold except you A. I have been healthy lately B. I am a healthy person</p>	<p>5) Sí a todos tus amigos les da gripa menos a ti Es porque: A. Estoy bien de salud últimamente B. Soy una persona saludable</p>
<p>6. Your pet run over by a car</p>	<p>6) Sí tu mascota corre detrás de un coche</p>

Anexo n.2 RESULTADO DEL JUECEO CUESTIONARIO DE ESTILOS ATRIBUCIONALES PARA NIÑOS CASQ DE M. SELIGMAN

De 15 jueces expertos (Estudiantes de Maestría y Doctorado) a los que se les envió la prueba **sólo 10** enviaron sus sugerencias y comentarios

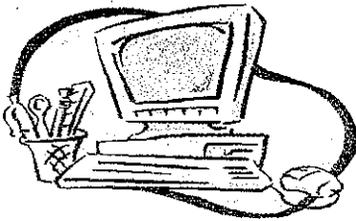
Items Observados:

N. de Item	SI traducción correcta	NO Traducción Incorrecta	Observaciones
1.	8	2	3 jueces obs * ambas respuestas son atribuciones internas En el inciso a) Estaba Listo En b) solo poner " Soy Bueno"
2.	6	4	3 jueces obs *modif. a) Los niños con los que jugué no jugaron bien *a1) Los niños con los que jugué no sabían jugar bien. *b1) Yo sé jugar bien *otra en a) Los otros niños no jugaron bien *b) Yo juego bien ese juego *b) Yo jugué bien
3.	8	2	3 jueces obs *Enunciar " la pasaste muy bien en casa de un amigo *Cambiar a) y b) finalizando en noche y ambas atribuciones son externas. * Quitar el acento en Sí enunciado *Si pasaste la noche en la casa de uno de tus amigos y te divertiste es porque: a) Mi amigo estaba de muy buen humor esa noche. b) Todos estaban de buen humor esa noche en casa de mi amigo
4.	9	1	2 jueces obs *Enunciado: " Te fuiste de vacaciones con un grupo de personas y te divertiste * Enunciado cambiar personas por gente
5.	4	6	6 jueces obs 4 la redacción de a) *ambas a) y b) son atribuciones internas ***a) He estado bien de salud últimamente Enunciado: " Todos tus amigos se enferman

ANEXO 3. Ejemplo de Adaptaciones de Formato CASQ

Acabas tu tarea muy rápido.

Es por que:

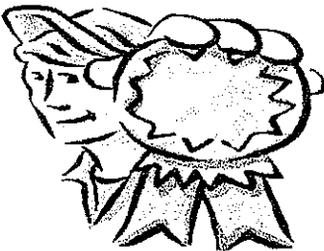


Últimamente estoy haciendo todo muy rápido

Últimamente estoy haciendo mi tarea muy rápido

Sacaste 10 en un examen.

Es por que:



Yo soy listo

Yo soy bueno en ese tema

**ANEXO N. 4 Formato Final Adaptación Mexicana al
CUESTIONARIO DE ESTILOS ATRIBUCIONALES PARA NIÑOS CASQ**

1	Sacaste 10 en un examen Es porque:	a. Soy Listo ▪ A. Globalidad b. Soy bueno en le tema de ese exame
2	Juegas con algunos amigos y tú ganas Es porque:	a. Los niños con los que jugué no jugar bien ▪ B. Internalidad b. Yo jugué bien
3	La pasaste muy bien en casa de un amigo Es porque:	a. Mí amigo estaba de muy buen humo ▪ A. Globalidad b. Todos estaban de buen humor esa noche en casa de mi amigo
4	Te fuiste de vacaciones en grupo y te divertiste mucho Es porque:	▪ A Internalidad a. Yo estaba de buen humor b. La gente con la que me fui estaba d buen humor
5	A todos tus amigos les da gripa menos a ti Es porque:	a. Últimamente, he estado sano ▪ B. Estabilidad b. Soy una persona sana
6	Un coche atropella a tu mascota . Es porque:	▪ A. Internalidad a. Yo no estuve al Pendiente b. Los coches atraviesan muy rápido
7	Algunos niños que te conocen dicen que no les caes bien. Es por que	a. Ellos no se llevan conmigo ▪ B. Internalidad b. A veces me porto grosero
8	Sacas buenas calificaciones Es por que:	a. La tarea de la escuela es fácil ▪ B. Internalidad b. Yo estudio
9	Te encuentra a un amigo y te dice que te ves bien. Es porque:	a. Ese día mi amigo quería halagar a lo que visten bien ▪ B. Estabilidad b. Mi amigo siempre halaga a los que visten bien
10	Un amigo te dice que le caes mal.	A. EL estaba de malas ese día

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**