



01968  
13  
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**

PRESENTA:

**VERÓNICA RODRÍGUEZ CONTRERAS**

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITE TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SUPLENTE: MTRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

MÉXICO, D.F.

2003

TECIS CON  
FALLA EN ORIGEN

1



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

## DEDICATORIA

En memoria a mi hermano Isabel Valente dedico este Reporte de Experiencia Profesional, porque la vida no le permitió realizar este mismo sueño.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## AGRADECIMIENTOS

Al amor de mis padres, quienes me han apoyado siempre he infundieron en mí el deseo de lograr una preparación profesional.

A mis hermanos Rodri, Carmen, Gaby y Anita por su cariño y porque juntos hemos librado tantas cosas.

A mis dos grandes amigas Lupita y Carla por todas las experiencias que hemos compartimos.

A Lupita, José y Krystel, por el cariño y apoyo que siempre me han brindado.

A la Sra. Tere por brindarme su casa y corazón.

A mis Profesores Leonardo Reynoso e Isaac Sellgson por impulsarme en todo momento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3

## INDICE

INTRODUCCIÓN	01
SERVICIOS DE SALUD	02
MEDICINA CONDUCTUAL	04
PANORAMA DE TRABAJO	07
<b>PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL DE LA MUJER</b>	
Contexto del servicio	08
Objetivos del programa operativo	11
Actividades profesionales desarrolladas en el Hospital de la mujer	13
<b>PRIMER PROGRAMA DEL HOSPITAL DE LA MUJER</b>	
Justificación	18
Marco teórico	19
INTERVENCIÓN I	21
INTERVENCIÓN II	24
<b>SEGUNDO PROGRAMA DEL HOSPITAL DE LA MUJER: "La depresión en mujeres con o en proceso de Histerectomía"</b>	
Justificación	30
Marco teórico	31
Objetivos y Diagnóstico	33
Plan de intervención	37
Resultados	39
CONCLUSIONES	40
<b>SEGUNDA ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA</b>	
Contexto del servicio	41
Objetivos del programa operativo	44
Actividades profesionales desarrolladas en el Instituto Nacional de Pediatría	45
<b>PRIMER PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA: "El niño con leucemia"</b>	
Justificación	51
Marco teórico	52
Objetivos	60
Técnicas de intervención	60
Resultados	74
<b>SEGUNDO PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA: "Programa para padres para el manejo del niño con leucemia"</b>	
Justificación	75
Marco teórico	76
Método	80
Resultados	83
CONCLUSIONES	84
COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	85
BIBLIOGRAFÍA	86

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4

## REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

### INTRODUCCIÓN

La Psicología contemporánea es una tecnología del comportamiento que puede ser utilizada para tratar los más diversos problemas de la vida humana. Desde esta perspectiva, una de las vertientes de aplicación de los conocimientos psicológicos que más auge está adquiriendo en los últimos tiempos lo constituye el ámbito de la salud.

Se ha demostrado que los factores sociales y del comportamiento juegan un papel importante en la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas así como en la prevención de la enfermedad y la promoción de las conductas saludables.

Es así como la Medicina Conductual se sumerge al campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de técnicas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

A lo largo de este trabajo encontraremos los lugares donde se realizaron las rotaciones de la residencia de la Maestría en Medicina Conductual, las características de nuestras poblaciones, el plan de trabajo e intervención.

Se exponen técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en los pacientes internados en el Hospital de la Mujer que por su diagnóstico e intervención médica han generado por una parte, ansiedad, enojo, desesperación, estrés y poca adherencia al tratamiento; y por otra la depresión surgida específicamente de las personas sometidas a una histerectomía.

Por otro lado se expone el trabajo realizado en el Instituto Nacional de Pediatría, donde se trabajó con una población de niños con leucemia. Como sabemos el cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar uno de los diez primeros lugares como causa de muerte. El cáncer en sí es altamente deteriorable, no sólo a nivel interno sino externo; aunado a que todos los tratamientos para éste son altamente agresivos, hacen que se conciba como un evento familiar sumamente dramático.

Nos dimos cuenta en la teoría y práctica que para la mayoría de los niños y sus familias un diagnóstico de leucemia significa una crisis y cambio en su vida, por lo cual se requirió de una intervención psicológica que permitiera amortiguar y tener estrategias de afrontamiento hacia el problema.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SERVICIOS DE SALUD

El proceso de evolución que se ha venido dando en la última década dentro de los grupos poblacionales, se ha manifestado por la aparición de cambios que se han hecho patentes en todos los aspectos de la vida de los individuos y que han tenido profundas repercusiones sobre la situación de su salud y sobre los recursos disponibles para proporcionarles atención. En nuestro país aún hay grandes sectores de la población que continúan sin acceso real a los servicios de salud.

Sabemos que el grado de desarrollo socioeconómico de un país establece la estructura de su perfil epidemiológico, que evoluciona por tres estadios secuenciales, estos son: 1) El caracterizado por condiciones inadecuadas de alimentación, vivienda y por un predominio de las enfermedades infecciosas. 2) Dominado por las enfermedades crónicas, en particular las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer. 3) El que puede caracterizarse por patologías sociales y ambientales. La amenaza a la salud no proviene de desórdenes intrínsecos en el funcionamiento del organismo, sino que procede de la exposición al medio ambiente y de cambios acelerados en las condiciones sociales (violencia, uso de drogas, alcoholismo).

El esquema para la prestación de servicios de salud está organizado en tres niveles de atención:

La Atención Primaria a la Salud que se considera primordial por el sector salud de nuestro país y de manera importante por la Secretaría de Salud, se basa en métodos y tecnologías científicamente fundadas, al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, utiliza el enfoque de riesgo para dar una atención programada y anticipatoria y promueve la participación de la comunidad en un papel protagónico en el autocuidado de la salud. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes.

En el Segundo Nivel de atención se brindan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de aquellos que se presentan espontáneamente con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda el conjunto de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Además se realizan acciones de vigilancia epidemiológica y fomento sanitario en apoyo a las realizadas en el Primer Nivel.

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN



Finalmente en el tercer nivel se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de salud a los usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento. Así mismo en este nivel se realizan las funciones de apoyo especializado a la vigilancia epidemiológica y a la regulación y fomento sanitario, a través de los laboratorios de salud pública.

Podemos decir por lo tanto que los Centros de Salud van convirtiéndose en filtros para la atención de enfermos que, por las características del daño que presentan muchas veces requieren de atención a otro nivel. Esta situación ha traído como consecuencia la necesidad de incrementar el número de hospitales de segundo y tercer nivel y del empleo de tecnologías sofisticadas.

RECIBIDO CON  
FOLIO DE ORIGEN

## MEDICINA CONDUCTUAL

En todos los niveles de atención existe una necesidad de relacionar la Psicología y la medicina y estas relaciones han evolucionado hasta el punto en el que la interdisciplinariedad es fundamental.

El proceso de enfermedad en el individuo ha sido abordado por diferentes disciplinas; por ejemplo la medicina, en su posición organicista, lo ha estudiado bajo una perspectiva puramente biológica, pero difícilmente se compromete a explicar el componente psicosocial que el proceso patológico conlleva.

Actualmente, entre los científicos, los profesionales de salud y los responsables de las decisiones políticas, crece el convencimiento de que buena parte de lo que se percibe como enfermedad en gran medida proviene del comportamiento de las personas más que de agentes patógenos biológicos.

Desde el punto de vista de la medicina, un aspecto importante de este desarrollo es el resurgimiento del interés de cómo los factores ambientales y psicológicos interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos para determinar el resultado de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad.

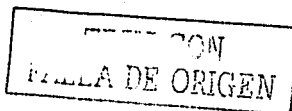
Más recientemente han surgido nuevas especialidades como lo es la Medicina Conductual que representa un canal de comunicación entre un conjunto de disciplinas no conectadas previamente. Entre estas disciplinas se incluyen las ciencias conductuales y sociales, las ciencias biomédicas y las especialidades médicas.

Surge actualmente una necesidad de multidisciplinariedad ya que existe una insatisfacción con las limitaciones de un solo marco de referencia o de una sola metodología y de la intención de aumentar la comunicación entre diversas disciplinas y disminuir las barreras de especialización estrechas.

El campo de la Medicina Conductual puede ser conceptualizado como el campo o puente común entre la Psicología y la medicina, basándose la Psicología en el estudio científico de la conducta humana y la medicina en el estudio o análisis del sustrato biológico-anatómico.

El concepto de Medicina Conductual ha tenido un rápido desarrollo, aunque existe una gran preocupación por señalar su campo de estudio y enmarcar su definición para señalar por otra parte a la Psicología de la Salud.

Muchas han sido las definiciones propuestas para la Medicina Conductual, pero todas las definiciones resaltan las tres características básicas (Gentry, 1984):



1. Su naturaleza interdisciplinaria o la integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad, lo que supone el reconocimiento explícito de la génesis multifactorial de las mismas.
2. Su interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y al desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad, es decir, el reconocimiento formal de la naturaleza recíproca de las relaciones entre los aspectos biofísicos y psicosociales.
3. La aplicación de estrategias conductuales para la evaluación y el control o modificación de este tipo de factores, o la convicción de la necesidad de ampliar las estrategias convencionales de actuación, de tipo biomédico.

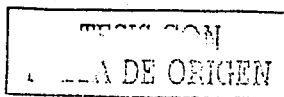
Por otra parte hemos de mencionar también la definición brevemente de Psicología de la Salud: "La Psicología de la Salud se ocupa en concreto del papel de los aspectos psicológicos dentro de todas las fases y niveles del proceso salud enfermedad" (Buela, Caballo 1991).

Finalmente diré que existen cuestiones tales como el funcionamiento y dinámica familiar, el estilo de vida personal, las actitudes hacia la enfermedad y las situaciones de estrés emocional, que son centrales para la puesta en práctica de programas de salud a cualquier nivel.

A razón de este trabajo es indispensable mencionar que dentro del desarrollo de la Psicología de la Salud, se ha derivado una área denominada Psicología Pediátrica que surge con el propósito de prevenir y mantener en estado óptimo de salud a los niños, con el fin de tener una mejor calidad de vida y como respuesta a la necesidad de comprender una gran variedad de problemas que requieren de una aproximación médico psicológica; la Psicología Pediátrica se ha venido desarrollando en respuesta al esfuerzo multidisciplinario de atención al niño.

Una área esencial de la Psicología Pediátrica son los frecuentes problemas en el ajuste del niño a la enfermedad y/o a los procedimientos médicos del tratamiento, además del problema relacionado con la aceptación y el ajuste de su familia a la condición del niño. No hay que olvidar que las actitudes del niño y de su familia estarán determinadas por el tipo de enfermedad que tenga éste.

Cada uno de los problemas físicos, tienen sus colaterales psicológicos y encontramos que las reacciones psicológicas de pacientes pediátricos con cáncer van a estar influidas por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño,



las habilidades de afrontamiento que haya desarrollado o aprendido y la frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar.

INSTITUCIÓN  
DE ORIGEN

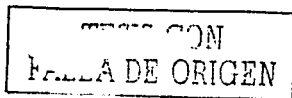
## PANORAMA DE TRABAJO

El trabajo desarrollado en el Hospital de la Mujer fue brindar psicoterapia en el área de consulta externa en donde asisten pacientes referidos por su médico tratante que han detectado algún problema psicológico en ellas y que esto interfiere en su evolución médica.

Se brindó atención psicológica a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Puerperio Complicado utilizando en forma general la Terapia Racional Emotiva (TRE), la cual constituye un enfoque amplio de tratamiento psicológico empleando métodos emotivos y conductuales que pretenden hacer notar las experiencias irracionales de las personas para discutir y desechar tales ideas. Otra técnica importante empleada son las técnicas de relajación ya que constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, sino también en el de la Psicología aplicada en general cuyo objetivo principal es disminuir las tensiones generadas por angustia y ansiedad. Se empleó la técnica de reestructuración cognitiva, que tiene como interés el contenido ideacional involucrado en el síntoma, o sea, las premisas e inferencias irracionales; así se intenta familiarizar con los contenidos del pensamiento del paciente, su estilo de pensamiento, sentimiento y conductas, en un intento de ordenar y entender sus interrelaciones.

El trabajo desarrollado en el Instituto Nacional de Pediatría en el primer período de rotación consistió primeramente en conocer a la población del servicio de Hematología, saber cuáles eran sus características y necesidades; se hizo la evaluación, un diagnóstico y finalmente la intervención para un tratamiento en cuanto a las demandas emergentes. Este fue el primer paso para pensar en otra necesidad que se abordó en base a un programa complementario a las atenciones básicas de nuestra intervención. Se desarrolló un programa para padres con hijos con leucemia.

Cabe señalar que el servicio de Hematología no había sido abordado por el departamento de salud mental. Clínica de dolor era quien intervenía solo en los casos más agudos.



## PRIMERA ROTACIÓN HOSPITAL DE LA MUJER

### CONTEXTO DEL SERVICIO

El Hospital de la Mujer depende de la Dirección General de Asistencia Médica de la Subsecretaría de Asistencia de la SSA. Es un hospital general para la atención médica de la mujer y del recién nacido de partos atendidos en dicha institución. Está destinado principalmente para la población de escasos recursos que no está protegida por los servicios de seguridad social del país.

La finalidad principal de la institución es la de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer y del recién nacido.

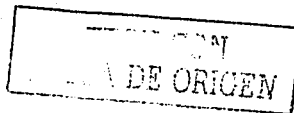
Dentro de las funciones del Hospital se encuentran:

- La prevención de enfermedades y sus complicaciones en cualquier etapa de la vida de la mujer, y el recién nacido de partos atendidos en el Hospital.
- El diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades y complicaciones.
- La atención de partos.
- La rehabilitación del paciente.
- Y la investigación y enseñanza médica y paramédica.

Por otra parte mencionaremos que la construcción del Hospital consta básicamente de un solo cuerpo que comprende la planta baja y cuatro pisos.

Planta baja: Consulta externa de los diferentes servicios con 13 consultorios, servicio de admisión y servicio de urgencias, oficina de archivo clínico, personal, trabajo social e interendencia.

Laboratorio de Anatomía Patológica, análisis clínicos y de hormonas, banco de sangre y servicio de radiología y por otra parte farmacia, almacén de varios, lavandería y ropería.



	1er. PISO	2º. PISO	3er. PISO	4º. PISO
Ala Oriente	Tres quirófanos para Cirugía Programada, sección de Recuperación y Terapia Intensiva, dpto. de Radioterapia, dpto. de Enseñanza y central de equipos y esterilización.	Hospitalización de Obstetricia, subdirección de Puerperio no Complicado, Hospitalización de Ginecología.		Oficinas de estadística y sala de altas.
Ala Poniente	Hospitalización de Cirugía gral. Medicina Interna y Oncología. Oficinas de Gobierno.	Hospitalización de Obstetricia, subdirección de Puerperio no Complicado, Hospitalización de Ginecología.	Unidad Tocoquirúrgica. Subdirecciones de: Labor, Expulsión, Quirofano y Recuperación y Cuidados Intensivos	Hospitalización de Obstetricia, subdirección de Embarazo Patológico y Hospitalización de Ginecología.
Ala Sur	Departamento de Dietología, cocina, almacén de viveres, comedor gral.			
Ala Norte		Auditono, biblioteca y oficinas de la Asociación Médica del hospital.	Hospitalización de Obstetricia, subdirección de Puerperio no Complicado, Hospitalización de Ginecología.	Servicio Prematuros. de

Los servicios con los que el hospital cuenta son: en la División de Ginecología y Obstetricia se encuentran por una parte Ginecología Endocrina; Esterilidad e Infertilidad; Fertilidad Asistida; Anestesiología; Servicios, Interconsultas, Cirugía General, Cardiología y Medicina Interna; una Unidad Toco-Quirúrgica (que cuenta con 8 quirófanos) y Puerperio Fisiológico; por otra parte está la sala de Embarazo de Alto Riesgo, Puerperio Complicado y Admisión y Urgencias.

En la División de Oncología los servicios son Cirugía General, Quimioterapia y Radioterapia.

La División de Neonatología cuenta con los servicios de Primer Contacto, Recién Nacidos y Recién Nacidos Complicados.

La División de Apoyo Médico tiene los servicios de Laboratorio y Análisis Clínicos, Banco de Sangre, Ultrasonido, Anatomía Patológica, Citología Exfoliativa, Genética y Medicina Preventiva.

Por último la Subdirección médica cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos, Consulta Externa, Enfermería, Trabajo Social y servicio de Odontología

ENCARGADO CON  
FOLIA DE ORIGEN

Los recursos humanos con los que cuenta el hospital son:

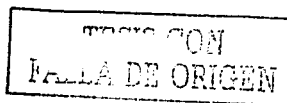
100	Médicos especialistas	4	Médicos en anatomía patológica
5	Médicos generales	26	En anestesiología
213	Enfermeras auxiliares	44	En ginecoobstetricia
189	Enfermeras tituladas	4	En medicina interna
45	Enfermeras especialistas	17	En pediatría
135	Personal profesional no médico	2	En epidemiología
202	Personal técnico	1	En hematología
303	Personal de mantenimiento	2	Cardiología
		5	Intensivistas
		58	Residentes médicos

#### Servicio de Psicología

En la estructura del Hospital de la Mujer no se contempla el departamento de Salud Mental o el servicio de Psicología, pero a través del departamento de Enseñanza se cuenta con un programa operativo del servicio de Psicología.

El Servicio de Psicología está a cargo de los residentes de la Maestría en Medicina Conductual. Cabe mencionar que durante la primera rotación no había supervisor in situ, pero se contó con el apoyo de los psicólogos y psiquiatras del Centro Comunitario de Salud Mental "Cuauthemoc". En este centro se impartían clases y se realizaban sesiones clínicas los días viernes. Se utilizó el apoyo de este Centro en los casos en que algún paciente necesitara valoración psiquiátrica y/o medicación. En la segunda rotación en este hospital hubo una reestructuración y se empezó a contar con la supervisión de un profesor de la UNAM.

El espacio con el que se contaba era un consultorio en el área de Consulta Externa con un horario de 8:00 a 11 hrs. donde se realizaron interconsultas referidas por los médicos tratantes de los pacientes y otro tanto por personas que estuvieron en el





servicio de Hospitalización y que durante éste se les brindó atención psicológica y se cubrió con la necesidad del paciente para continuar con psicoterapia.

El servicio de Psicología no cuenta con los objetivos propios, así como tampoco existen formatos, guías, expedientes de seguimiento y manual de procedimientos.

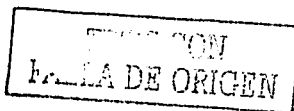
Los objetivos y metas del servicio del programa operativo son:

- Coadyuvar en el desarrollo de programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónico degenerativas a nivel individual.
- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.

Los servicios de hospitalización donde el psicólogo participa es:

1. Terapia Intensiva,
2. Terapia Intermedia,
3. Oncología,
4. Alojamiento Conjunto,
5. Puerperio Complicado y
6. Embarazo de Alto Riesgo.

Particularmente se participó en el servicio de *Puerperio Complicado* que está constituido por seis cubículos. En el primero se encuentran pacientes con diagnóstico de condilomatosis, micosis, sífilis y VIH; en el segundo cubículo pacientes con diagnóstico de endometritis y absceso de pared; en el tercer se encuentra la Clínica de Tumor de Ovario (pacientes que se preparan para someterse a cirugía y quienes ya están en recuperación); en el cuarto se encuentran los pacientes con complicaciones post-partos: fortuitos, ruptura prematura de membrana, forceps, desgarros y post-legrados intrauterinos; en el quinto pacientes post-operadas de cesárea; y por último el sexto cubículo para pacientes con padecimientos infectocontagiosos como varicela, sarampión, escabiasis y VIH.

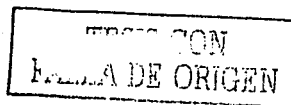


Dentro de las problemáticas presentadas en este servicio se tienen a las personas que por su diagnóstico, su recuperación era prolongada, generando angustia, ansiedad, enojo, desesperación y poca adherencia al tratamiento (en ocasiones las orillaba a pedir su alta voluntaria no importando las consecuencias fisiológicas que se pudieran presentar), además de las pacientes que están sujetas a cirugía ginecológica. Se observó que el estrés deteriora con frecuencia la comunicación que puede haber de ella para con su familia y con su médico o equipo de salud. Habían diversas fuentes de temor como al dolor, separación de la familia y la dependencia forzada a ser una "paciente".

Otro componente social o cultural que se adhiere en la mujer son los mitos y creencias sobre el tracto reproductivo, el útero, los ovarios y la vagina; estas creencias serán las que en determinado momento afloran las distorsiones en el pensamiento y/o adherencia al tratamiento.

**Las actividades generales realizadas durante la rotación fueron:**

- Atención en consulta externa
- Atención en hospitalización
- Visita diaria a las salas de hospitalización
- Visitas clínicas con el equipo de salud
- Procedimiento de diagnóstico e intervención en la modalidad cognitivo-conductual
- Elaboración de historias y notas clínicas
- Interconsultas a los servicios
- Atención a familiares
- Sesiones bibliográficas.



## ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

Tenemos claro que cuando los estímulos físicos, psicológicos o sociales inciden sobre una persona con una suficiente intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no es suficiente para restablecer su equilibrio, surge la enfermedad.

Ahora bien, la intervención de la Psicología es susceptible de ser utilizada para tratar los más diversos problemas de una persona. El campo de la salud es el campo de ha adquirido mayor demanda en la intervención de técnicas de intervención para disminuir o controlar la enfermedad.

Es así como se ha observado un interés creciente por vincular la Psicología con los problemas de salud humana, más allá de los límites del campo de la salud mental.

### Atención en Consulta Externa

Con respecto a la atención de las pacientes se abordó de la siguiente manera: se atendían pacientes de consultas de primera vez y se tenía un número de pacientes subsecuentes con citas programadas cada 8 días.

La mayoría de las pacientes atendidas en Consulta Externa fueron enviadas por los médicos de los diferentes servicios y especialidades que detectaron algún problema psicológico en ellas y que esto interfería en su evolución médica. Al llegar al servicio de Psicología primero se les programaba una cita. En la primera cita se realizaba una entrevista donde se exploraban entre otras cosas: diagnóstico y tratamiento médico, síntomas, evolución y medicamento recetado.

El paso a seguir es determinar nuestra Impresión Diagnóstica (en el expediente médico del paciente se anotaba el diagnóstico de acuerdo al CIE 10).

Finalmente planteamos la modalidad de intervención cognitivo-conductual.

En cada cita el servicio de Consulta Externa proporcionaba los expedientes médicos para la elaboración de la historia y notas clínicas. Este proceso permitía que los médicos tratantes se acercaran a Psicología para preguntar sobre la evolución de la paciente de manera más detallada.

Estos pacientes eran en general cooperadores y pocas veces dejaban de asistir al servicio.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

### Atención en hospitalización

En hospitalización se atendieron a pacientes que inicialmente estuvieron en tratamiento psicológico en Consulta Externa y durante éste se hospitalizó. Se encuentran por otra parte las pacientes que fueron enviadas al servicio de Consulta Externa para prepararlas para su intervención quirúrgica y finalmente las que ingresaban para ser directamente hospitalizadas.

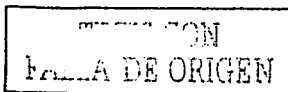
La atención de pacientes en hospitalización eran detectados en las visitas médicas y/o cuando el jefe de servicio refería la situación particular de la paciente para ser atendida, si dicha visita no se realizaba entonces se acudía con las enfermeras para ponernos al tanto de la situación de nuestros pacientes y de los ingresos realizados.

En cada intervención se realizaban notas en los expedientes. Las intervenciones se llevaban a cabo en la cama de cada paciente, pues no se contaba con un espacio para una atención privada.

El cuadro siguiente presenta el número de pacientes atendidos que llevaron un seguimiento:

SERVICIO	No. DE PACIENTES
CONSULTA EXTERNA	38
CLÍNICA DE TUMOR DE OVARIO	49
HISTERECTOMIAS	21
COMPLICACIONES POST-PARTO	32
INFECCIÓN DE HERIDA	36
ABORTOS	27
VIH	02
TOTAL	205

En Clínica de Tumor de Ovario se encuentran las pacientes que están sujetas a cirugía por algún tumor. Considerando que el Hospital no cuenta con recursos suficientes y tiene una demanda alta de atención, las pacientes tenían que esperar hasta que el



hospital tuviera disposición de quirófanos lo cual generaba angustia, estrés, desesperación y proyectaba un déficit en la solución de sus problemas y distorsión en los pensamientos de las pacientes.

Con respecto a las pacientes sujetas a la histerectomía y que eran menores de 40 años y que estaban en edad fértil caían en depresión y temor ante las posibles respuestas del esposo y familiares.

Presentaban características tales como autodevaluación, percepción de derrota y miedo a ser rechazadas.

En el caso de las infecciones de herida la mayoría de las pacientes presentaba ansiedad y estrés porque el número de días se podía prolongar hasta 4 semanas.

Las pacientes que se encontraban por aborto permanecían poco tiempo hospitalizadas (2 o 3 días).

#### **Visita diaria a las salas de hospitalización**

Al iniciar el recorrido en el piso de hospitalización:

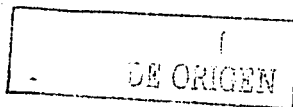
- Se revisaban los ingresos, diagnóstico y tratamiento médico.
- Se acudía con la jefa de enfermeras para saber la condición emocional presentada de las pacientes.
- Se atendió a las pacientes que ya habían iniciado una terapia psicológica.
- Se atendió a las pacientes de nuevo ingreso.
- Se realizaron anotaciones clínicas en los expedientes de las pacientes.

#### **Visitas clínicas con el equipo de salud**

A una hora determinada pasaba el equipo de salud integrado por el jefe del servicio de Puerperio Complicado, la jefa de enfermeras, los residentes de Medicina y el residente de Psicología a la revisión de cada paciente, se interrogaba a la paciente sobre su estado de ánimo y los síntomas presentados, se revisaba el expediente y el tratamiento que ha llevado.

Las pacientes que manifestaban tristeza, llanto, ansiedad, ideas irracionales, etc. se les atendió de manera inmediata.

Las visitas nos permitían saber más del padecimiento de la paciente, su evolución y pronóstico médico lo que ayudaba a conocer mejor a la paciente para su tratamiento.



Una desventaja de las visitas era que el jefe de servicio señalaba cuando los residentes habían cometido algún error para con ella sin tomar en cuenta que la paciente estaba allí.

**La intervención consistió en:**

\* Una evaluación del aspecto emocional y conductual de la paciente. Tomando en cuenta las referencias de las enfermeras o quien haya referido.

\* La exploración del concepto que la paciente maneja de su enfermedad, la importancia de su estancia y cuidado médico, las alternativas de solución.

\* Y finalmente abordar la problemática con las diferentes técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual como son:

- La Terapia Racional Emotiva.
- Reestructuración cognoscitiva.
- Solución de problemas.
- Relajación.

Técnicas utilizadas para: control del estrés, adherencia terapéutica, control de dolor, trastornos afectivos como ansiedad y depresión y afrontamiento a la enfermedad.

**Interconsultas a los servicios**

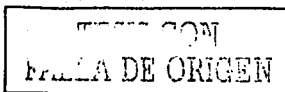
Las interconsultas eran enviadas por las jefas de enfermeras o médicos residentes.

Los casos atendidos fueron de intervención en crisis.

**Atención a familiares**

Se brindó atención a familiares de las pacientes que lo solicitaban y de aquellas que consideráramos necesario para su tratamiento.

Con ellos se disipaban dudas sobre el padecimiento y se les proporcionaban los elementos necesarios para apoyar a la paciente.



## **Elaboración de historias y notas clínicas**

Estas se realizaban en los expedientes de los pacientes, el modelo que se utilizaba era la del SOAP, donde el S es lo subjetivo, lo que el paciente refería como dato importante para el diagnóstico y tratamiento. O lo objetivo que es lo que observamos como psicólogos, son los datos observables. A el diagnóstico y P el plan de trabajo.

## **Sesiones clínicas**

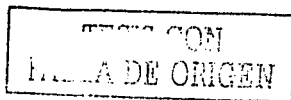
En el Hospital se presentan sesiones clínicas en el auditorio.

Se presentan casos y se discute sobre el tratamiento realizado. Las sesiones se acompañaban por exposiciones del tema central.

Para nuestra formación es importante ya que el conocimiento de la terminología médica nos brindaba un mejor conocimiento para la atención de nuestros pacientes.

## **Otras actividades**

Se brindó apoyo a la coordinación de enseñanza y educación continua de enfermeras con la participación en el curso "Introducción al servicio social" con el tema "Autoestima" a las estudiantes de enfermería del Hospital de la Mujer.



## PRIMER PROGRAMA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

### JUSTIFICACIÓN

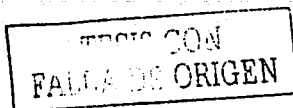
El promedio de estancia de las pacientes en el servicio Puerperio Complicado es de tres a seis días para las pacientes de puerperio post-parto que tuvieron ruptura de membranas, desgarros en periné, post-cesáreas y legrados intrauterinos. Por otra parte la infección puerperal es otra de las complicaciones graves en Obstetricia y también ocupa un lugar preponderante en las estadísticas de mortalidad materna; además la infección puerperal puede desencadenar un cuadro de choque séptico. Cuando existe esta complicación o infección de herida quirúrgica su estancia se prolonga hasta treinta días (Diagnóstico Situacional de Puerperio Complicado, 1995).

Este primer programa surgió por una necesidad del servicio, por un lado se agrupaban las pacientes que manifestaban ansiedad y estrés provocados por la hospitalización, diagnóstico, tratamiento, etc. y que presentaban pensamientos formulados con ideas irracionales.

El resultado de dichos síntomas influyen por lo tanto en la actitud que tenían hacia el tratamiento, poca cooperación y su estancia en el hospital les parecía terrible y desesperante.

Por otro lado se encontraban pacientes que eran sujetas a curaciones dos veces al día, las cuales eran dolorosas ya que se realizaban sin xilocaína. Esto generaba que las pacientes entraran en un estado de ansiedad, tensión y llanto ante el temor de la curación. Los estados antes mencionados provocaban por un lado sentimientos de impotencia, una predisposición al dolor y resistencia al tratamiento y por otro sentían que eran sujetos de agresión por parte del equipo médico.

Este primer programa no fue realizado con el fin de investigación o innovación dentro del servicio debido a que la participación fue sujeta a la demanda emergente, por lo tanto la intervención se enfocó al cuidado y tratamiento del paciente ansioso al manejo del estrés y al trabajo con las ideas irracionales.





## MARCO TEÓRICO

Sabemos que los acontecimientos no programados como la enfermedad y la hospitalización constituyen procesos de cambio del sistema social y son determinantes para imponer un nuevo rol y el impacto disruptivo de los demás papeles sociales desempeñados por la persona durante su interacción social. Por lo tanto se incluye la hospitalización entre los acontecimientos estresores, que implica además la adopción de una nueva posición social que tiene también efectos estresantes.

Las respuestas características del paciente hospitalizado son:

1. Ansiedad y miedo
2. Incremento de la Irritabilidad
3. Pérdida de interés por el medio exterior
4. Infelicidad
5. Preocupación con los procesos corporales
6. Depresión

Las características concretas del hospital y la hospitalización que pueden ser considerados estresores según Taylor (1986) son:

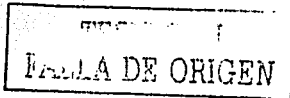
1. Que generalmente la persona ya está enferma antes de su ingreso al hospital por lo tanto la resistencia al estrés ya está disminuida. El paciente llega al hospital con ansiedad y/o depresión por estar enfermo y con todas las obligaciones de los diferentes roles que dejará sin cumplir.

2. Los procedimientos de admisión anulan todas las características que son usualmente identificadores sociales de la persona, (ropas, pertenencias personales, objetos de adorno, etc.) Es entonces cuando el paciente va dándose cuenta de que tiene que ir adquiriendo el papel de buen paciente, de paciente pasivo.

3. El paciente conducido a la habitación ve desaparecer totalmente el mundo privado e íntimo y se torna totalmente accesible a un conjunto de personas desconocidas para él.

4. Algunas de estas personas le someten a pruebas y análisis, sobre los que no tienen ninguna información y cuyos resultados probablemente no conocerá. El paciente hospitalizado aprende que el hospital está organizado más para conveniencia del personal que para la atención del enfermo.

5. Finalmente la renuncia por parte del paciente a la iniciativa, a los derechos, y a la reclamación activa. Al mismo tiempo, aprende que sus pensamientos y emociones no



interesan demasiado, que son los síntomas corporales los que tienen importancia y que sus necesidades se verán atendidas si pueden traducirse o comunicarse como quejas físicas.

Por otro lado hay muchos procedimientos que aíslan al paciente del contacto social, y/o lo inmovilizan en un entorno sin cambios aparentes y puede producir efectos negativos importantes. La hospitalización constituye un acontecimiento vital estresante, y hay una evidencia de que existe una relación significativa entre los acontecimientos vitales estresantes y síntomas físicos y emocionales (Billing y Moos, 1982)

Wilson (1978) señalan que los pacientes que manifiestan niveles mas altos de ansiedad y depresión durante su estancia hospitalaria serian:

1. Las mujeres menores de 40 años.
2. Los pacientes que han sido ingresados para investigación y realización de pruebas en busca de un diagnóstico.
3. Los pacientes oncológicos, infecciosos o con enfermedad desconocida.
4. Los pacientes con bajo control emocional y tendientes a la ansiedad y a la depresión.

La hospitalización produce en los pacientes respuestas emocionales negativas, y que una de ellas es la ansiedad; y que ésta depende, en cierta medida de factores de naturaleza individual. Otro de los elementos de las respuestas emocionales negativas a la hospitalización es la depresión.

No sólo se producen respuestas de ansiedad y depresión en la hospitalización sino que también pueden aparecer la ira, que puede manifestarse de una forma expresa o que puede quedar implícita y desplazarse a otros objetivos, o dirigirse contra el paciente mismo, en una especie de autoagresión. El hospital ofrece muchos aspectos que pueden incitar a tal tipo de respuestas. El paciente hospitalizado pierde muchas libertades cuando ingresa al hospital.

TRIC 2011  
FALLA DE ORIGEN

## INTERVENCIÓN I

Como primera intervención se trabajó con las necesidades del servicio, lo que demandaba era esencialmente un control emocional en las pacientes:

- Que por su diagnóstico permanecían más tiempo en el servicio para esperar resultados de estudio y tratamiento.
- Que fueron sujetas a un legrado.
- Que se les diagnosticó tumor de ovario.
- Que por situaciones familiares su hospitalización cursaba con ansiedad y estrés.
- Que por complicaciones en el parto o post-parto la madre fue separada de su bebé.

Dos puntos básicos se trabajó con dichos pacientes:

1. El trabajo de la Terapia Racional Emotiva
2. Relajación como entrenamiento para el estrés y como técnica de control del dolor

Uno de los principales puntos consiste en establecer cuales son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás, y luego, discutir tales hipótesis si producen consecuencias emocionales y conductuales.

Se emplean métodos emotivos y conductuales que ayudan a las pacientes a ver sus creencias irracionales y esto les ayuda a discutir y desechar tales ideas.

Es importante mencionar que los problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que le sucede como acontecimientos o experiencias activantes. La TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que se llama las consecuencias o reacciones emocionales que proceden de las ideas o creencias o de las evaluaciones, interpretaciones y filosofía acerca de lo que ocurre en la experiencia activante.

Como terapeuta hay que reconocer rápidamente las creencias irracionales centrales con las que la paciente se preocupa y se le muestra como se están causando sus propios problemas y síntomas emocionales, se le demuestra en forma precisa como discutir sus propias creencias irracionales e inducimos a abandonar tales creencias y reemplazarlas con hipótesis más científicamente comprobables acerca de sí misma y del mundo que es menos probable que le cree dificultades emocionales en el presente y en el futuro.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuando las personas están enfermas o lastimadas tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad. Tales cambios son a veces más importantes que la propia enfermedad. También sabemos que muchos pacientes se hallan más asustados que enfermos y que, cuando se les asegura que su trastorno físico no es serio, su alivio emocional les permite reducir sus quejas a un mínimo.

En el servicio de Puerperio Complicado se escuchaban comentarios basados en ideas irracionales, que interfieren en la evolución de su padecimiento. Como por ejemplo:

- ¡Es terrible estar enfermo!
- Nadie cuidará bien a mis hijos, y yo aquí sin hacer nada.
- "Yo tuve la culpa que mi hijo muriera"
- ¿Y si mi marido se enoja porque me quitaron la matriz?
- ¡Ya no aguanto un día más en el hospital!
- ¡Voy a pedir mi alta, no me importa lo que me digan, ya no soporto este encierro!
- ¿Por qué me pasó esto a mí?
- ¡Los doctores me están ocultando algo, si no, por qué no me dejan ver a mi bebé!
- "Como grité en la última curación, la enfermera se va a desquitar conmigo en la próxima curación", etc.

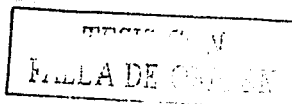
La TRE ha sido diseñada para una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos sentimientos de *ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración* (Ellis y Abrahams, 1986).

La TRE es utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve. Muestra claramente a las personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y como proceder a desarraigarlas.

Tomaremos en cuenta como primer punto que en las pacientes la aceptación de uno mismo es básica en el proceso de enfermedad-hospitalización.

Hay que trabajar con la confianza o estimación cuando comienza a funcionar deficientemente ya que muchas pacientes han desarrollado una confianza en sí mismas o estimación de su persona debido a que poseen alguna razón específica para ello, a que hacen algo bien o con excelencia.

Por lo tanto, en el paciente se maneja la "aceptación de uno mismo o autoelección", porque estos juicios no representan clasificación o juicios propios de ninguna índole. Se les ayuda a evaluar sus rasgos, sus hechos y sus ejecuciones, pero no



a ellos mismos. Se enfatiza la valía del hombre no porque haga las cosas bien o porque es amado por otros sino porque "está vivo".

Como punto importante hacemos referencia ahora a los pacientes que descuidan realizar actos para preservar su salud porque están demasiado ansiosos o deprimidos para cuidarse adecuadamente.

Se les ayuda a ser más aceptados de sí mismos y menos dados a perjudicarse enseñándoles la manera de hacer que sus necesidades inmoderadas se sometan a actuar debidamente.

Sabemos que cuando el paciente irracionalmente se dice a sí mismo "es horrible o terrible estar enfermo", en realidad está creando su propia depresión. Nuestro papel es hacer que el paciente comprenda exactamente lo que está diciendo irracionalmente y después, renunciar por completo a esas ideas irracionales.

TRABAJO  
FALLA DE ORIGEN

## INTERVENCIÓN II

Aquí ubicamos a los pacientes que eran fácilmente abordados por:

- 1) Sentimiento de ansiedad por no tener indicaciones o información sobre su evolución; por la incertidumbre del tiempo de estancia en el hospital y/o por permanecer demasiados días en el hospital.
- 2) Pacientes estresadas que manifestaban cansancio permanente, tensión y que por las noches no podían dormir o descansar.
- 3) Situaciones de dolor en el caso de curaciones de infección de heridas (se realizaban sin xilocaína).

La técnica cognitivo conductual *Triada de autocontrol* es una técnica que se emplea para reducir la probabilidad de ocurrencia de conductas indeseables como las de ansiedad, miedo, desánimo y agresión.

Se emplea la palabra ALTO como una variante del procedimiento de detención del pensamiento. En seguida se emplea relajación que actúa como un estímulo distractor y se concluye con la presentación de una escena placentera misma que cumple alguna de las siguientes cuatro funciones: actúa como estímulo distractor, actúa recíprocamente como estímulo inhibitor, ayuda a incrementar el nivel de reforzamiento del individuo, actúa como estímulo reforzante para las operantes ALTO, RELAJACIÓN como ocasión para eliminación de la respuesta.

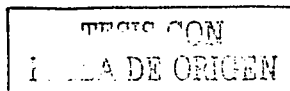
Se le explica al paciente que la tríada de autocontrol es una técnica que puede ser utilizada por el resto de su vida para eliminar o reducir conductas que ha sentido como indeseables por ejemplo sentimientos de ansiedad en ciertas situaciones o dolor.

*1er. Paso.* Se le pide sentarse en una silla cómodamente con las manos sobre las piernas y sin cruzarlas.

*2º. Paso.* Se le presenta la técnica de detención del pensamiento. Se practica hasta lograr el control cubierto por parte del paciente.

*3er. Paso.* Se presenta el ejercicio de relajación.

*4º. Paso.* Se le pide que encadene las dos primeras etapas cuidando que lo haga gradualmente y sin traslapamiento. Finalmente se le enseña la tercera parte de la tríada; imaginación de una escena placentera, que comprende la imaginación de una situación placentera como lo sería el escuchar música, jugar un deporte, comer su comida favorita, estar recostada en la playa, o mirar un hermoso paisaje.



Se debe procurar contar con varias escenas ya que las prácticas son diarias. Se le pide calificar la claridad y lo placentero de la imagen en una escala de 1 a 5 en donde 1 es nada y 5 mucho; se emplean las imágenes calificadas al menos con un 4.

5º. Paso. Se le pide que integre las tres partes aprendidas hasta alcanzar buena claridad, intensidad y secuencia con los ojos abiertos.

Se mencionará continuación una breve revisión sobre relajación y estrés:

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no solo en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, sino también en el de la Psicología Aplicada en general.

La evolución de las técnicas de relajación y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica se han debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de conducta, al ser consideradas como parte integrante de otras técnicas (por ejemplo desensibilización sistemática) o como técnica de modificación de conducta en sí mismas.

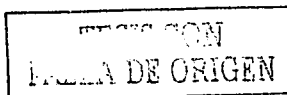
La relajación en sentido estricto hace referencia a un estado del organismo definible como ausencia de tensión o activación y que se manifiesta en tres niveles: fisiológico, conductual y subjetivo.

El exceso de activación en las funciones biológicas del organismo (sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc.) podría constituir el mecanismo que relaciona el estrés psicológico y los estados emocionales con el mayor riesgo de trastornos orgánicos específicos (úlceras, hipertensión, trastornos coronarios, asma, neumonía, tuberculosis, diabetes, cáncer, etc.) tal como ha puesto de manifiesto los recientes estudios clínicos y epidemiológicos. Por consiguiente, si la activación fisiológica constituye un mecanismo de riesgo, la respuesta de relajación en cuanto proceso opuesto constituye necesariamente un mecanismo positivo facilitador de la salud.

El estrés, la ansiedad y la tensión son perjudiciales en nuestra sociedad, tanto para los adultos como para los niños, la tensión ejerce un efecto negativo sobre nuestras vidas dañándonos física y mentalmente, reducen la capacidad para disfrutar de la vida y adaptarse a ella.

El estrés se tiende a conceptualizar actualmente como la respuesta biológica ante situaciones percibidas y evaluadas como amenazantes y ante las que el organismo no posee recursos para hacerle frente adecuadamente (Lazarus & Folkman, 1986).

Cuando la respuesta (reflejo de defensa, reacción de lucha y huida o reacción de alarma) se repite con demasiada frecuencia o su intensidad excede las demandas



objetivas de la situación, entonces se puede convertir en un importante factor de riesgo para la salud, comprometiendo el funcionamiento adaptativo de los tres sistemas biológicos implicados: el neurofisiológico, el neuroendócrino y neuroinmunitario.

El síndrome del estrés encierra una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas del organismo. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida. La ansiedad nos lleva a la angustia.

Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades (Wolpe, 1958), postulaba que generar respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad debilitaría el impacto de las situaciones que la provocan. Así, La relajación se ha convertido en un componente básico de los tratamientos (conductuales) para todos los trastornos con una base de ansiedad.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación (muscular, meditación, entrenamiento autógeno, hipnosis, etc.) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, el insomnio, la hipertensión esencial, los dolores tensionales, de cabeza, el asma bronquial, las fobias, etc.

El término ansiedad describe el patrón de respuesta que conlleva sentimientos subjetivos de aprensión y tensión combinados con un incremento de estímulos fisiológicos, especialmente de las ramas simpáticas del sistema nervioso autónomo. Todos los métodos de relajación han demostrado que alteran significativamente los procesos fisiológicos relacionados con la ansiedad, reduciendo sobre todo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y el consumo de oxígeno, la tensión muscular tónica, la transmisión dérmica y la tensión arterial.

La relajación cuenta con diversas técnicas como lo son: 1) Técnica de relajación progresiva, 2) técnica de relajación pasiva, 3) técnica de relajación autógena, 4) técnica de meditación, 5) imaginaria.

#### ¿Por qué es tan importante la relajación en el ambiente hospitalario?

Se ha comprendido finalmente por el equipo médico la importancia del descanso en los pacientes hospitalizados y se buscó la forma científica más eficaz para lograr el reposo. Esto motivó que se investigara por qué un paciente que permanece en cama no siempre logra el descanso buscado. No sabe como relajarse y esto puede contribuir a que



aumente su preocupación en una forma u otra. Por lo tanto, es probable que de vueltas en la cama, que se siente, que vuelva a recostarse, y que, en general, se sienta incómodo, impaciente y preocupado.

Además se ha encontrado en el Hospital que muchas pacientes, aún cuando reposan durante varias horas, siguen sin dormir y sin descansar. Su actividad mental no descansa, su excitación orgánica continúa, sus brazos, sus ojos y sus piernas se mueven constantemente. Su mente está activa, y los pensamientos depresivos no dejan de estar presentes.

Los principales *objetivos* de llevar a cabo el entrenamiento de relajación es:

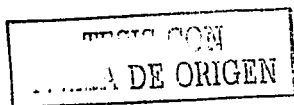
- a) Eliminar tensiones que son generadas por la ansiedad,
- b) lograr una mejor adherencia al tratamiento médico para su recuperación,
- c) mejorar su estancia en el hospital con la disminución de tensión y
- d) proporcionar el entrenamiento en relajación para cualquier situación de ansiedad que se le presente al paciente.

Por las características de este servicio en especial en el cubículo de Infecciones como lo son heridas abiertas, infectadas, con venoclisis y sensibles a todo proceso de curación y con más tiempo de hospitalización, el programa fue dirigido a ellas con la técnica de la relajación pasiva.

Se diferencia de la relajación progresiva en que en ésta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino solo de relajar grupos musculares. Aunque la relajación progresiva permite percibir estados de tensión muscular de forma muy específica, la técnica de la relajación pasiva tiene alguna ventaja sobre la anterior. Así puede ser muy útil en los siguientes casos:

- 1) Con personas que encuentran difícil relajarse después de haber tensado los músculos;
- 2) con personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales;
- 3) como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. Para ello las instrucciones se graban en una cinta con la que el paciente practica diariamente.

Las instrucciones que se especifican a continuación son una adaptación de la técnica de la relajación pasiva utilizada por Schwartz y Haynes (1974). Estas instrucciones pueden ser dadas en la clínica o grabadas en cinta. En ellas además de las frases propias de la relajación pasiva, se intercalan también frases típicas de la relajación



autógena - frases que hacen referencia a sensaciones de peso y calor - y breves indicaciones focalizadas en la respiración. Las instrucciones son las siguientes:

*Estás confortablemente con los ojos cerrados, todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en el sillón de forma que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjate llevar lo máximo que puedas por el sentimiento de relajación (pausa)*

*Ahora focaliza la atención en tu mano derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión... Concéntrate en los músculos de tu mano derecha... puedes verlos... ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que esos músculos se vuelvan muy, muy relajados; muy, muy calmados; muy, muy tranquilos... déjate llevar... continúa concentrándote en esos sentimientos y deja que esos músculos se suelten más y más... cuando estás relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados... déjalos que se suelten más y más (pausa).*

*Ahora, focaliza tu atención más arriba, en tu brazo derecho... A medida que concentras tu atención en esos músculos los vas dejando más y más relajados, muy sueltos, muy calmados, muy tranquilos. Déjate llevar más y más profundamente. Si notas que tu atención divaga, vuelve a centrarla en esos músculos. Deja que esos músculos se vuelvan más y más largos, calmados, tranquilos... déjate llevar por el sentimiento profundo de la relajación, sólo déjate llevar (pausa).*

*Mientras que continúas con todo tu brazo, antebrazo y mano derecha profundamente relajados, concéntrate ahora en tu mano izquierda...*

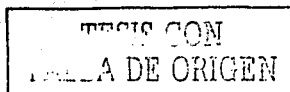
De esta forma, el terapeuta avanza relajando todos los grupos musculares en el mismo orden que se haría en la relajación progresiva. Cada vez que termina de relajar uno, vuelve a mencionar los anteriores, de la siguiente forma:

*...La relajación se extiende ahora por tus brazos... toda tu cara... tu cuello... y baja hacia tus hombros. Focaliza ahora tu atención en esa parte de tu cuerpo, nota como los músculos se van soltando más y más...*

Se procede ahora a relajar esos músculos. Es aquí cuando los autores introducen las frases autógenas mencionadas:

*A menudo cuando estás muy relajado, sientes una pesadez en esos músculos y un calor suave. Deja que ese sentimiento te invada. Esa es una señal de que tus músculos se están relajando más y más...*

A partir de aquí se introducirán frases de ese tipo al relajar los grupos musculares:  
*Deja que tus músculos se vuelvan más y más pesados, cálidos, relajados...*



Las breves indicaciones sobre la respiración, a las que nos referíamos anteriormente, son dadas al final. El final de las instrucciones, después de haber relajado los pies (último grupo muscular) es el siguiente:

*Concéntrate en los sentimientos de relajación. Si tu atención divaga, tráela de nuevo a esos sentimientos. Deja todo tu ser muy, muy relajado; muy, muy tranquilo. Deja tus pies... tus piernas... tus muslos... tu estómago... tu pecho... tu espalda... tus hombros... tus brazos... tu cuello... tu cara... muy. Muy relajados; tus músculos están muy, muy sueltos; muy tranquilos. Deja que tu respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjate llevar... déjate llevar por el estado profundo de la relajación. Todas las partes de tu cuerpo están muy relajadas, muy cálidas, muy pesadas. No hagas nada, solo déjate llevar. Deja que tu respiración siga su propio ritmo pesado, monótono, tranquilo. Déjate llevar, déjate llevar más y más profundamente por la relajación.*

Estas instrucciones duran 20 minutos, durante los cuales la voz del terapeuta sólo se interrumpe durante breves pausas (2 o 3 segundos, señaladas en el texto mediante puntos suspensivos). El tipo de voz suele ser más lento y pausado que el utilizado en la relajación progresiva, aunque sin llegar a adquirir tonos hipnóticos. Debido a esta entonación, la relajación pasiva puede producir estados de relajación más profundos en una primera sesión.

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

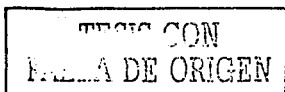
## SEGUNDO PROGRAMA DEL HOSPITAL DE LA MUJER

### "La Depresión en las mujeres con o en proceso de Histerectomía"

El segundo programa fue dirigido a mujeres histerectomizadas o que se encontraban en el proceso de esa cirugía, particularmente la población que no ha tenido hijos o que aún se encuentra en edad fértil. Ya que en esta población se ha encontrado que fácilmente se deprime, debido a que se derrumban ilusiones, se terminan sus proyectos y se devalúan como mujeres.

Es sabido que el término depresión se ha tomado por la mayoría de la gente como un estado de ánimo común que se da solamente por una tristeza manifiesta, ya sea por llanto o el desgano de hacer las cosas que con anterioridad se habían hecho, pero una depresión puede ir más allá. En el caso de las mujeres histerectomizadas encontramos que puede abandonar su propia salud, tener un alejamiento de su familia y hasta abandonar su pareja u orillarlo a que la abandonen con argumentos irrealistas o distorsionados.

Hablar de depresión es hablar de un problema de salud pública que ha aumentado en los últimos años lo cual nos hace reflexionar en la importancia de conocer los factores de riesgo que pudieran intervenir en este trastorno, aún cuando sabemos de antemano que se trata de un padecimiento con múltiples causas etiológicas.



## JUSTIFICACIÓN

En el caso particular de la histerectomía que es el proceso de enfermedad que en este caso nos interesa, tenemos que de las cirugías programadas en el Hospital de la Mujer el 42% corresponden a histerectomías. Sin embargo, son pocos los estudios realizados con respecto a las implicaciones psicológicas en las pacientes con este tipo de intervención quirúrgica. Es importante tomar en cuenta este aspecto por su gran influencia en la adaptación de estas pacientes a sus roles biológicos y sociales.

Debido a que la mujer cree que el útero y anexos son sinónimo de femineidad, su pérdida es vivida con un sentimiento de lesión en su condición de mujer. Esto se refleja en las preocupaciones expresadas acerca de su posible pérdida de atractivo, deseo sexual, habilidad para responder sexualmente y eventualmente pérdida de interés en su pareja, entre otras.

Es importante mencionar que la adaptación de una mujer a la histerectomía se relaciona con su edad, etapa del desarrollo, personalidad, estilo de adaptación, fisiopatología de la enfermedad que afecta el útero, si tiene hijos o lo desea, las relaciones en su vida y las experiencias pasadas con parientes cercanas o amigas que fueron sometidas a esta operación.

Cuando la condición de la mujer histerectomizada es que nunca se ha embarazado, el trabajo psicoterapéutico puede ser de gran ayuda ya que la paciente siente que se derrumban en ella ilusiones, proyectos y se auto devalúa como mujer, todo derivado de la esterilidad a la que quedará sujeta por la cirugía.

Richards (1973) menciona un "síndrome post-histerectomía" caracterizado por cefaleas, bochornos, depresiones, fatiga e insomnio. En un estudio que se realizó sobre 56 mujeres a las que se les había realizado histerectomía en los previos cinco años encontró un 70% de depresión.

Dentro de los datos encontrados de las personas que se les ha practicado histerectomía se encontró que las edades de las pacientes histerectomizadas fluctúan entre 20 y más de 60 años:

De 20 a 29 años el 11.4%

De 30 a 39 años el 36.8%

De 40 a 49 años el 28.0%

De 50 a 59 años el 12.0%

De 60 y más el 4.8%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, de las cirugías practicadas, el jefe de servicio de Ginecología menciona que un porcentaje elevado, no determinado, cursa con síntomas depresivos post-cirugía.

La depresión en mujeres que no han tenido hijos y que están en edad fértil es profunda y es manifestada desde el diagnóstico de su padecimiento, manteniéndose durante todo el proceso médico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEÓRICO

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. En algunos estudios en los que se ha tomado en cuenta la discapacidad y la incapacidad asociadas al trastorno han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo. En la actualidad la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será el segundo (Caraveo, 1997).

Hoy en día se considera que los trastornos afectivos constituyen un grupo de padecimientos caracterizados por una alteración del estado anímico de las personas, quienes manifiestan principalmente tristeza vital, acompañada o no de ansiedad y en otros casos euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y con frecuencia el inicio de los episodios está asociado a situaciones o eventos estresantes.

Desde el punto de vista clínico, los trastornos depresivos tienen una amplia gama de manifestaciones, las cuales oscilan desde formas leves y moderadas (las más frecuentes), hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirante y conductas suicidas.

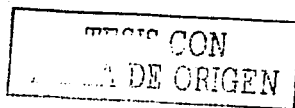
### *Modelo cognitivo en la depresión.*

Se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la depresión.

El modelo cognitivo se centra en la importancia de los factores cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. El principio central del modelo cognitivo es que las concepciones idiosincrásicas y distorsionadas del paciente deprimido son importantes en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva. La "tríada cognitiva" (Beck, 1967) alcanza especial relieve ya que consiste en una consideración negativa de sí mismo, del mundo exterior y del futuro. Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Construyen su experiencia en términos de fracaso y miran al futuro sin esperanza.

Beck observa tres contenidos idiosincráticos y negativos en las personas deprimidas:

*Una consideración negativa de sí mismo.* La persona deprimida manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil y a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo físico, mental o moral. Más aún, se



considera como indeseable y despreciable a causa de su supuesto defecto y tiende a rechazarse a sí mismo (y a creer que los demás lo rechazarán).

*Una consideración negativa del mundo.* Sus interacciones con el ambiente son interpretadas como que presentan una derrota, una privación o un menosprecio. Considera el mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida.

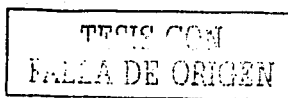
*Una consideración negativa del futuro.* Ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se amontonarán otros muchos peores en su vida.

El deprimido tiende a deformar sus experiencias: malinterpreta acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracaso, privación o rechazo personal; tiende a exagerar o generalizar cualquier hecho que tuviera alguna semejanza de información negativa suya. Las cogniciones de la persona deprimida reflejan una inclinación sistemática contra sí mismo.

Por otra parte los conceptos —reales e irreales— de un individuo proviene de sus experiencias, de sus actitudes y opiniones que otros le han comunicado y de su identificación (o los modelos de su rol social). Una vez que se ha formado un concepto concreto (actitud o suposición), él puede influir en los juicios posteriores y, por tanto, se afianza con mayor firmeza. Cada juicio negativo refuerza el concepto negativo. Así se establece un círculo: cada juicio negativo refuerza el concepto negativo de sí mismo que a su vez facilita una interpretación negativa de las experiencias posteriores. A menos que se modifique este concepto negativo de sí mismo, se convierte en estructural, es decir, se da una formación permanente de la organización cognitiva. Una vez que se ha estructurado un concepto, se mantiene permanentemente aunque pueda estar latente; se convierte en una estructura o esquema cognitivo.

Se piensa que en la depresión la organización primitiva cognitiva es la que predomina. Probablemente se precipita la depresión cuando la persona con tendencia a ella (que ha incorporado un conjunto de esquemas negativos) o bien está sometido a unas tensiones concretas que activan su esquema negativo o a una serie de acontecimientos concretos que no están individualmente muy estructurados pero tienen un efecto aditivo.

Cuando se desarrolla la depresión, la organización primitiva se adueña del sistema más maduro en las áreas de experiencia que se refiere a la auto-evaluación y la





expectativa de tal forma que la concepción negativa de la persona deprimida sobre sí misma, sus interacciones ambientales y su futuro están sometidas a distorsiones de la realidad que perpetúan la tríada cognitiva. En gran medida, los esquemas cognitivos dictan los significados e incluso los "hechos" de la observación. Las configuraciones externas del estímulo son examinadas y moldeadas para ajustarse al contenido de éstas ideas.

Una observación del estilo del pensamiento de las personas deprimidas revela que manifiestan claramente un desorden en su forma de pensar. Las clases de pensamientos falaz son las siguientes:

*La inferencia arbitraria*, es el proceso de sacar una conclusión cuando no hay evidencia o es contraria a la conclusión. Este tipo de pensamiento perturbado normalmente toma la forma de la personalización (o la referencia a sí mismo).

*La excesiva generalización*, es el proceso de hacer una generalización injustificada sobre la base de un único incidente.

*La amplificación* es la propensión a exagerar el significado o la importancia de un hecho particular.

#### *Tristeza y soledad.*

Aunque la aparición de la depresión puede ser repentina, su desarrollo total se prolonga durante días o semanas. La persona experimenta un aumento gradual en la intensidad de la tristeza y de otros síntomas hasta que "loca fondo". Cada repetición de la *idea* de pérdida constituye una nueva experiencia de pérdida que se añade a la reserva anterior de pérdidas concebidas. Con cada "pérdida" sucesiva se genera una mayor tristeza.

Uno de los aspectos cognitivos más notables de la depresión directamente relacionados con el estado de ánimo disfórico es el recuerdo selectivo de las experiencias. La persona deprimida es propensa a recordar experiencias pasadas desagradables. Se puede observar una selectividad semejante en su percepción de los hechos ordinarios de su vida; es hipersensible a los estímulos que le sugieren una pérdida e insensible a los que le representan una ganancia.

#### *Factores de riesgo.*

Existe suficiente evidencia de que los trastornos afectivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Además de la historia familiar, se han encontrado otros grupos de variables psicosociales asociados a la depresión, y aunque su papel etiológico no está demostrado, pueden ser de utilidad para la delimitación y el estudio de grupos en riesgo. En primer término están las variables de posición, las cuales incluyen sexo, edad, clase social y estado civil. Los diferentes estudios han mostrado que hay una mayor prevalencia en las mujeres, en las personas con mayores desventajas económicas, en aquellos que están separados, divorciados o viudos (Ellis y Grieger, 1981).

En otro grupo de variables se encuentran las relaciones con estrés y las situaciones difíciles de la vida. Al respecto, hay poca duda acerca de la asociación ante el estrés y el riesgo de presentar una incapacidad psicológica en general, incluyendo a la depresión, sin que tal reacción sea específica para ésta. En este mismo grupo de variables está incluida la presencia de enfermedades somáticas (hipertensión arterial, cáncer, infartos, etc.) así como psicológicas.

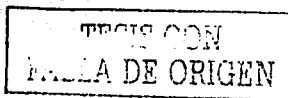
Por último, otra de las variables son las que representan las cargas de la vida o los estresores crónicos. Estas situaciones aumentan los síntomas depresivos; los factores mediadores están representados por los estilos de enfrentamiento y el soporte social con el que cuenta la personas.

Por otra parte, además de que se ha puesto atención a los recursos psicológicos generales, se ha destacado la importancia de algunos aspectos específicos tales como las respuestas de enfrentamiento utilizadas por los individuos, al momento de encontrarse con situaciones problemáticas en la vida. La investigación sobre las conductas de enfrentamiento y el estrés sugiere que la eficacia de los métodos depende del contexto y de la plasticidad de los mismos. Sin embargo el proceso de percepción-cognición-enfrentamiento resulta primordial, pues como las teorías cognitivas han señalado, en la mayoría de los casos ciertas construcciones aprendidas acerca de la realidad que preceden y conducen al ánimo depresivo.

Lo anterior apunta hacia la necesidad de identificar grupos de alto riesgo en las comunidades donde la incidencia y prevalencia de depresión sean altas y por lo tanto también lo sea el riesgo de exposición.

#### *Tratamiento de la depresión*

El fundamento lógico de la terapia cognitiva se deriva de la teoría cognitiva de la depresión. Si la causa del trastorno de la depresión son los conceptos negativos personales, entonces si se corrigen estas creencias predominantes es posible esperar



que se mitiguen los síntomas de la depresión. Al identificar las cogniciones distorsionadas que se derivan de las creencias perturbadas y someterlas a un análisis lógico y a una verificación empírica, el terapeuta y el paciente trabajan juntos para hacer que el pensamiento del paciente se acomode plenamente a la realidad. La terapia también tiene la finalidad de proporcionarle un punto de vista objetivo sobre su futuro y de eliminar su pesimismo y desesperación.

### **Objetivos.**

#### *Objetivo inmediato:*

Modificar sistemáticamente las interpretaciones arbitrarias y distorsionadas de la realidad del paciente deprimido.

#### *Objetivos específicos:*

- Lograr que la paciente presente una mejor adherencia al tratamiento.
- Disminuir el grado de depresión a fin de lograr una mayor capacidad de decisión y autoayuda.
- Que las pacientes retomen el apoyo de su pareja y/o familiares.
- Que las pacientes reafirmen seguridad en su rol de mujer.

### **Diagnóstico.**

La población que fue candidata a integrarse al programa eran mujeres histerectomizadas o que estaban en el proceso de esa cirugía, que no habían tenido hijos y que aún se encontraban en edad fértil.

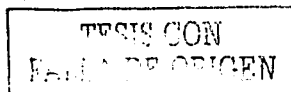
La estrategia que se utilizó para detectar y diagnosticar a estas pacientes fue primeramente con la derivación del médico hacia el servicio y con la detección realizada por el psicólogo durante la visita al servicio de Puerperio Complicado, que es donde se encontraba la Clínica de Tumor de Ovario.

### **Plan de intervención.**

#### **SESIONES**

Sesión 1. Recoger los datos más fiables y válidos posibles, entre ellos están los pensamientos automáticos, imaginaciones (cogniciones del paciente), sentimientos y deseos.

- Entrevista con el paciente



- Aplicación de cuestionarios

Cabe señalar que el terapeuta no acepta los datos introspectivos como representaciones exactas de la realidad, sino como una interpretación de la realidad hecha por el paciente.

Sesión 2. Explorar todo dato con el que cuente la paciente acerca de su enfermedad, el proceso de intervención, riesgos y consecuencias.

Sesión 3 y 4 De los datos obtenidos, paciente y terapeuta harán una conceptualización en tres niveles:

- De la *idea general* del paciente o el significado sacado de su interpretación de los hechos pasados.
- De las *generalizaciones* acerca de las cogniciones del paciente.

Un tipo de generalización se refiere al contenido de las ideas del paciente. Por ejemplo la expectativa de fracaso. Otro tipo de generalización se refiere a los errores en la forma de pensar, por ejemplo "todo o nada", la inferencia arbitraria, la supergeneralización.

- De las *creencias, actitudes y suposiciones* que muchas veces conforman los pensamientos e imaginaciones automáticas.

Sesión 5 y 6

Se sabe que la tendencia a la auto-culpa excesiva se encuentra frecuentemente en los deprimidos. Una función cognitiva con la auto-crítica o auto-culpa es la tendencia a asumir la responsabilidad total de los fracasos y a descartar claramente el mérito propio en el éxito. Esta tendencia es excesiva ya que el deprimido puede atribuir la causalidad de los hechos negativos a sí mismo aunque en realidad tenga una influencia mínima en el hecho.

- Se abordará la auto-crítica.

El terapeuta deberá:

- Atacar sus cogniciones demostrando que el paciente tiene un papel funcional e importante en la experiencia realizada con éxito.
- Demostrar que el paciente aplica diferentes criterios de juicio a su propia conducta y a la de los demás.
- Rebatir la suposición que él es responsable al 100% de un hecho negativo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Resultados

Un parámetro que se tiene para evaluar estas intervenciones son las observaciones, comentarios y autoregistros que presentaban las pacientes al inicio de cada sesión a manera de introspección.

Las pacientes referían que su estado de ánimo era mejor, su visión del futuro no era negativa y se consideraba así misma como una persona apreciable y útil.

Un resultado más es que se logró que las pacientes continuaran un tratamiento en el servicio de Psicología.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Ante la Psicología se plantean crecientemente tareas concretas cada vez más diversas en el campo de la salud.

El reto constante ha sido el de abrir camino para la Psicología en el área de salud ya que aún no existe en la conciencia médica la integración fundamental del psicólogo como parte del equipo multidisciplinario.

El trabajo realizado tuvo como fin la integración de conocimientos teóricos con la práctica diaria hospitalaria. De esto deriva lo fundamental que fue la supervisión de casos y de las sesiones bibliográficas.

Durante el primer semestre aunque careció de una supervisión se realizaron actividades enriquecedoras porque el compromiso es mucho mayor, así como el esfuerzo por atender las demandas. Además es parte del crecimiento profesional adoptar el espíritu de compromiso.

En el segundo semestre de rotación ya se asignó un tutor, que se encargó de fortalecer el cimiento teórico-práctico y facilitó la adquisición de nuevos conocimientos.

Trabajar con mujeres implica trabajar con toda una Psicología propia de este género, que en realidad es complejo y que no deja de generar expectativas de trabajo.

El Hospital de la Mujer es un hospital que nos brinda apertura a realizar nuestro trabajo como mejor evaluemos, existe apoyo para cursos, talleres sesiones o conferencias que se presentaban dentro y fuera del hospital.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SEGUNDA ROTACIÓN INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

### CONTEXTO DEL SERVICIO

La salud de los niños constituye no solo un derecho a nivel mundial como se refiere en la Carta de los Derechos del Niño, ratificados en la Cumbre Mundial para el Desarrollo de la Infancia, celebrada el 30 de septiembre de 1990, sino el elemento clave para forjar naciones con adultos productivos como meta del desarrollo humano. El resultado de esta trascendental reunión fue la adopción de nuevas metas y acuerdos que actualmente están suscritos por 159 países, cada uno de ellos comprometido con su cumplimiento. México participó y asumió el compromiso de acuerdo a sus propias circunstancias para establecer un programa nacional de acción con miras a alcanzar las metas establecidas hacia el año 2000.

El Instituto Nacional de Pediatría conciente del compromiso establecido y del desafío que representa el disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en los menores del país, cumple con su participación en los objetivos institucionales propios de un tercer nivel de atención, como son la investigación, la enseñanza y la asistencia médica, bajo los principios de equidad, calidad y eficiencia, participando también como órgano de consulta y asesoría del sector salud.

#### Propósitos y objetivos del instituto:

Con base en el Decreto publicado en el Diario Oficial del 10. de agosto de 1988, los principales objetivos del Instituto son los siguientes:

Coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud y contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud en el ámbito de los padecimientos de la población infantil.

Prestar servicios de salud de carácter pediátrico, particularmente en materia de atención médica especializada con criterios de gratuidad, fundamentada en las condiciones socioeconómicas de sus usuarios, sin que las cuotas de recuperación desvirtúen su función social.

Realizar investigación para la salud en las distintas disciplinas de la pediatría, con apego a la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

TESIS CON  
E. N. ORIGEN

Difundir información técnica y científica en materia de pediatría.

Prestar asesoramiento a la Secretaría de Salud, cuando se requiera para ello.

Formar recursos humanos especializados en las disciplinas de la pediatría, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Promover y realizar reuniones y eventos de intercambio científico de carácter tanto nacional como internacional, con instituciones afines.

**Servicios que ofrece:**

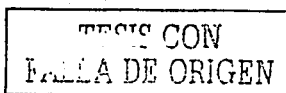
Área clínica y Biotecnología: Anestesia General, Bioquímica del Niño Desnutrido, Desarrollo Sexual, Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, Dolor Agudo Postoperatorio, Errores Innatos del Metabolismo, Genética Clínica, Genética de la Nutrición, Hemangiomas, Leucemias Agudas, Nefrosis, Nutrición, Oncología Pediátrica, Reumatología Pediátrica, Trastornos Intestinales, Tratamiento en Dermatología, Infectología, Estomatología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Consulta Externa, Urgencias, Epidemiología, Medicina Comunitaria, Medicina Física, Pediatría, Radioterapia, Salud Mental, Seguimiento del Neurodesarrollo, Fenotipo Celular de la Anemia de Fanconi, Sistema de Información en Biomedicina, Cirugía Cardiovascular, General, Plástica y de Tórax.

**Especialidades Médicas:**

Alergia, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Genética, Hematología, Infectología, Inmunología, Medicina Interna, Nefrología, Neurología y Nutrición.  
Servicios de Apoyo: Anatomía, Patológica, Bacteriología, Banco de Sangre, Comunicación Humana, Enfermería, Escolaridad, Inhaloterapia, Laboratorio de Especialidades, Medicina Nuclear, Neurofisiología, Parasitología, Radiología, Trabajo Social y Virología.

**Docencia:**

Posgrados y otros programas: Alergia, Anestesiología, Cardiología, Cirugía, Citogenética, Dermatología, Endocrinología, Estomatología, Gastroenterología, Genética, Hematología, Infectología, Inmunología, Medicina Rehabilitación, Medicina Interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Nutrición, Oftalmología, Oncología, Ortopedia General, Ortopedia Pediátrica, Otorrinolaringología, Parasitología, Patología, Pediatría, Radiología, Terapia Intensiva, Urgencias.





### Investigación:

Área Biomédica: Alteraciones metabólicas de la nutrición, Bioquímica, genética, Bioterio toxicología, Cirugía experimental, Citogenética y cáncer, Contaminación ambiental, Correlación cariotipo-fenotipo, Estudio molecular de enfermedades hereditarias, Fibrosis quística, Genética bioquímica, Genética de la nutrición, Giardiasis, Hiperplasia suprarrenal congénita, Histomorfología, Microbiología, Mutagénesis, Neuromorfología, Tipificación y patogenicidad de *Serratia marcescens*, Toxicología y Genética de la nutrición.

### Servicio de Salud Mental

El servicio de Salud Mental está conformado por diferentes equipos de psicólogos y psiquiatras. Cada equipo de trabajo tiene asignado uno o varios servicios de manera que teóricamente se tiene cubierto cada servicio del Instituto, quien para recibir la atención debe solicitarla a través de una interconsulta.

El equipo con el que se colaboró durante esta rotación abarca los servicios de Hematología, Inmunología y Nefrología y está formado por la Dra. Diana Molina (Psiquiatra) con tres residentes de psiquiatría a su cargo y la Psicóloga Gabriela Michaca apoyada por dos pasantes de la licenciatura en Psicología.

El programa desarrollado en la residencia de Medicina Conductual estuvo enfocado específicamente al servicio de Hematología restringiendo la atención únicamente a niños con diagnóstico de leucemia.

Contamos con un cubículo para atención individual a los pacientes que se veían en piso y se continuaba trabajando en Consulta Externa.

Quiero señalar que el trabajo con un niño es muy diferente a la intervención con los adultos, para abordar a estos niños se necesita paciencia y creatividad ya que las condiciones en que se encuentran no son nada fáciles. Son niños que pueden presentar miedo ante el hospital, médicos, enfermeras y lo referente al tratamiento; se encuentran irritables, con llanto recurrente, apáticos, desconfiados o muy enojados.

El punto básico para el trabajo con los niños fue el rapport y nos apoyamos de los padres para facilitar el trabajo.

La atención en hospitalización se realizaba en la cama del niño o en la sala que está afuera de su cuarto, es algo que el niño decidía por la comodidad que el lugar le ofrecía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Objetivos del programa operativo:**

Es importante reconocer que el programa operativo tiene como objetivo principal desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Como objetivos particulares mencionaremos:

1. Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
2. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
3. Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
4. Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés ansiedad y depresión.
5. Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.
6. Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

TRABAJA CON  
FALLA DE ORIGEN

## ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

### ATENCIÓN EN EL SERVICIO

El trabajo en el I.N.P. consistió primeramente en el estudio de las características de nuestra población pediátrica y del estudio de la leucemia.

Sabiendo los puntos anteriores proseguimos al desarrollo de un programa para las necesidades emergentes como es la atención al niño con técnicas cognitivo-conductual las cuales aminoraban sus conflictos de ansiedad, estrés, dolor, vómito y náuseas anticipadas e incertidumbre sobre su enfermedad.

Otro punto básico fue el de dar a conocer la importancia de nuestro trabajo y el funcionamiento de nuestras técnicas al equipo médico y demostrar que cerramos el círculo de multidisciplinariedad.

Mientras se trabajaba en este programa se continuó el estudio en todos los aspectos para la contribución de algo más que beneficie a nuestra población, por lo tanto surgió la idea de un programa para padres (que se llevó a cabo en el segundo periodo de rotación en el Instituto de Pediatría) tomando en cuenta que un padre en la medida en que elabore, acepte y maneje el diagnóstico del niño, podrá brindarle una mejor contención de sus emociones y podrá sostener a la familia en una dinámica adecuada.

Aquí se presentó la parte complementaria a la problemática del niño y que son la familia y los padres, ya que son quienes están más tiempo con el niño y que brindarán mayor apoyo emocional.

De manera general puntualizamos el trabajo en: el manejo de la información a los padres, solución de problemas, la crianza, manejo del tema de la muerte, entre otros.

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes atendidos durante la rotación se describen en la siguiente tabla:

DIAGNÓSTICO	No. PTES.
LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA	56
LEUCEMIA AGUDA MIELOBLÁSTICA	19
PTES. DE NEFROLOGIA E INMUNOLOGIA	06
RECAIDAS	16
MUERTES	12
TOTAL	97

El número total de pacientes atendidos es de 97, no son el número total de pacientes que ingresaron al servicio de Hematología ya que éstos eran asignados de manera equitativa a ambas residentes de la maestría de medicina conductual en el Instituto.

Los pacientes registrados en la tabla fueron atendidos de manera continua, se les brindó atención subsecuente en rehospitalización y consulta externa.

El número de consultas no fue registrado ya que por las características del tratamiento de la leucemia difícilmente las citas eran cumplidas, ya sea porque se le presentaban al paciente otros estudios, por alguna complicación en su tratamiento o por situaciones imprevistas naturales de la enfermedad. Lo que se hacía para continuar con las consultas subsecuentes fue que al paciente se le abordaba en las salas de espera, cuando acudían a la toma de muestra de médula, cuando se les hospitalizaba y cuando por alguna situación se les enviaba a otros servicios los padres o enfermeras nos lo informaban.

Los pacientes registrados en el servicio de Inmunología y Nefrología eran pacientes que requerían técnicas de control de dolor y ejercicios de relajación principalmente. Estas intervenciones fueron como apoyo al servicio.

Existen pacientes que durante el periodo de tratamiento o de remisión de la enfermedad presentaron recaídas lo que implica que su riesgo de muerte se incrementa, de hecho ahora se vuelve mínima la posibilidad de ingresar a la remisión de la enfermedad.

En el cuadro se presentan 12 muertes, esta cifra no es la definitiva, ya que hubieron varios pacientes que fue imposible continuar su seguimiento.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Atención en Consulta Externa**

En Consulta Externa se daba atención subsecuente a los pacientes y/o a los padres de este. Por lo regular se trataba de pacientes ya conocidos por el servicio de Psicología.

Los puntos importantes a tratar fueron:

- Cómo había respondido el paciente al tratamiento.
- Estados de ánimo.
- Conductas manifestadas en casa, en el hospital, escuela y durante sus tratamientos.
- Sus miedos.
- Si ya se habían realizado ejercicios de relajación, para disminuir dolor o para náuseas y vómitos anticipatorios, se revisaba si los continuaba haciendo en casa y si los utilizaba en los momentos necesarios en el hospital.
- Se exploraba sobre la dinámica familiar.

Se aplicaron instrumentos de medición para dolor, náuseas y el cuestionario general para niños.

## **Visita diaria a las salas de hospitalización**

Diario se pasaba al servicio de Hematología para revisar primeramente los ingresos y revisar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente.

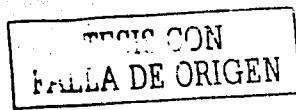
Acto seguido es ver a los pacientes que iniciaron tratamiento psicológico y se les daba continuidad a los ejercicios.

Posteriormente se abordaban los ingresos.

## **Elaboración de historias y notas clínicas**

En el expediente médico se anotaba la historia clínica del niño:

- evolución del embarazo de la madre
- cómo fue el parto, si hubo o no complicaciones
- datos del niño como peso, talla, etc.
- datos del desarrollo psicomotriz y emocional
- dinámica familiar antes y después del diagnóstico del niño



- conductas del niño antes y después de su enfermedad

Se anotaba cómo se ha encontrado al niño durante nuestra visita.

Se daba la Impresión diagnóstica (DSM IV)

Finalmente anotábamos el plan de trabajo cognitivo-conductual.

### **Elaboración de expedientes en el servicio de Salud Mental**

De manera similar se abría el expediente del paciente en el servicio de Salud Mental donde se coloca la historia clínica y las notas cada vez que se trabaja con el paciente o con los padres o familiares.

### **Interconsulta a los servicios**

Las interconsultas eran solicitadas por otros servicios que atendían a los pacientes de hematología por alguna complicación y sabían que ya contaban con atención psicológica.

### **Sesiones bibliográficas con el supervisor in situ**

Nuestro supervisor in situ programó 2 sesiones de 2 horas 2 días a la semana para revisar bibliografía, comentar los casos y supervisar de manera general nuestro trabajo. Los días viernes se colocaban notas en los expedientes, así que era una revisión sobre lo acontecido en nuestros pacientes.

El supervisor se encargó del reforzamiento teórico sobre el desarrollo del niño y el asesor sobre la técnica de intervención y la práctica con los niños.

### **Sesiones bibliográficas con el supervisor académico**

El trabajo con el supervisor académico se tenía 2 veces por semana en el INP, proporcionaba bibliografía y asesorías sobre las técnicas cognitivo conductual de intervención con los pacientes.

Se realizaba la exposición de casos clínicos y se discutía el diagnóstico, intervención y abordaje con la familia.

Apoyó en la construcción de los programas realizados en el Instituto.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Atención a familiares**

Cuando un niño ingresa al hospital las únicas personas con las que cuenta son los padres y siente que todos los demás son desconocidos que tratan de agredirlo.

Los padres por su parte están llenos de dudas y presentan un descontrol.

Se intervino primero con los padres para conocer el desarrollo del niño en el área física, familiar, social y escolar por una parte y por otra explorar sobre lo que piensa el padre, la información que tiene sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, porque si el padre maneja buena información presentará menos ansiedad que un padre que desconoce la enfermedad y un padre con menor grado de ansiedad podrá ayudar mejor a su hijo.

El trabajo con el padre (o el familiar que esté a su cuidado) es a la par con el niño.

### **Visitas a Terapia Intensiva y a la sala de Urgencias**

Los pacientes con leucemia son candidatos a sufrir recaídas constantes, dichas recaídas se deben a infecciones en los diferentes órganos y complicaciones propias de la enfermedad, por lo tanto no era raro saber que nuestros pacientes se encontraban en otros servicios, los más frecuentes eran en Terapia Intensiva y Urgencias.

La visita a estos pacientes era diaria, en ocasiones varias veces al día.

Si el niño se encontraba en estado crítico y los médicos referían una muerte próxima, se trabaja el duelo con los familiares.

### **Apoyo al servicio de Nefrología e Inmunología**

Las técnicas cognitivo conductual que se han empleado con los pacientes de Hematología son requeridas para los pacientes de Inmunología y Nefrología, así que era solicitado nuestro apoyo en dichos servicios.

Por otra parte se trabajó con dos pacientes de Nefrología aplicando la batería de pruebas psicométricas, realizando un reporte de evaluación y preparación psicológica para el transplante.

REGISTRO  
FALLA DE ORIGEN

### **Sesiones clínicas**

Se asistió a las sesiones clínicas programadas por el servicio de salud mental 1 vez a la semana de 2 horas y media, asistían residentes de Psiquiatría y Psicología. Se realizaron exposiciones de temas específicos sobre el desarrollo del niño, presentación de casos de pacientes y se revisaba bibliografía.

TESIS DEL  
FALLA DE ORIGEN



## PRIMER PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

### "El niño con leucemia"

#### JUSTIFICACIÓN

La importancia que tiene la atención brindada a los niños con leucemia radica en que ellos se encuentran predispuestos a disfunciones en la autoestima, inseguridad acerca del futuro, ansiedad, depresión, desadaptación, poca socialización o dificultad para establecer relaciones interpersonales y agresividad.

Tiende a presentarse miedo o temor constante de sufrir una recaída, es decir, de volver a desarrollar cáncer. El hecho de la ausencia de enfermedad no significa que el individuo se encuentre en un estado de bienestar físico, mental y social.

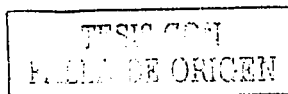
El niño que contrae la leucemia se verá sometido a un cambio conductual (actividades que ya no deberá realizar), en la dinámica familiar, en su escuela (su estudio es perturbado) y en su grupo social.

En él surge una confusión, pues no entiende lo que sucede a su cuerpo, se molesta en tener la quimioterapia, ya que con esto alteran su rutina por las visitas diarias al hospital y se llega a sentir avergonzado por los efectos del tratamiento.

Es importante señalar que estos niños que hasta el momento su desarrollo era común a la de los demás niños, ahora la percepción que se les genera acerca de la enfermedad, el tratamiento, los cuidados y consecuencias, es de castigo, lo cual genera rabia, impotencia y agresividad. Por lo que se considera de suma importancia que los padres mantengan los límites para permitirle al niño moderar sus conductas.

Durante este primer periodo de rotación se atendieron las demandas emergentes de los pacientes de Hematología como lo son:

- El desconocimiento de la información de la enfermedad
- Las náuseas y vómitos anticipatorios
- El dolor
- Temor a las canalizaciones, a los piquetes de agujas y a los médicos o enfermeras
- La negativa a asistir al hospital



## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud cifra en unos nueve millones las personas (adultos, jóvenes y niños) que anualmente sufren de cáncer en el mundo, de las cuales alrededor de cinco millones sobrevivirán a la enfermedad y cuatro millones fallecerán por esta causa. Al contrario de otras enfermedades, el cáncer está siguiendo una tendencia mundial ascendente.

Con los conocimientos médicos actuales, un tercio de los cánceres es evitable mediante la prevención, y de los que se manifiestan, más del cincuenta por ciento pueden llegar a curarse siempre que se diagnostiquen a tiempo y se traten de forma adecuada. Para los oncólogos, el diagnóstico precoz de esta enfermedad es fundamental para la posterior supervivencia.

En la población infantil (entendida hasta la edad de 18 años), los casos de cáncer procesados en el Registro Nacional de Tumores asciende a seiscientos anuales. Las expectativas de vida en la población infantil son en general más elevadas que en los mayores, de tal forma que hoy se puede hablar de una media de supervivencia del 60 %, llegándose en determinados tipos de cáncer a cifras muy elevadas, hasta el 95 % de supervivencia a los cinco años del diagnóstico.

Los casos más típicos de cáncer en la infancia y la juventud son, por orden de afectación:

- Leucemia
- Tumores del sistema nervioso central
- Linfomas en todas sus acepciones
- Tumores de riñón, hígado y músculos
- Otros tumores

La leucemia es un grupo heterogéneo de neoplasias malignas derivadas de células homatópoyéticas (formadoras de sangre). Las células de esas neoplasias proliferan en la médula ósea y tejidos linfoides, y con el tiempo afectan la sangre periférica e infiltran sistemas orgánicos. Esos trastornos se clasifican con base en la línea celular afectada, como mieloides o linfoides y como agudos y crónicos dependiendo de la evolución de la progresión de la enfermedad (Manual Merck).

Las tres cuartas partes de los casos son leucemia linfoblástica aguda, con un pico de incidencia a los 4 años de edad; una quinta parte son leucemias no linfoblásticas

TRUJE CON  
L. A. DE ORIGEN

agudas, cuya incidencia aumenta con la edad y el resto son leucemias mieloblásticas crónicas.

El fundamento original para la denominación de las leucemias como agudas o crónicas era la esperanza de vida; en la actualidad éstos términos se refieren a la madurez celular. Así las leucemias agudas constan de poblaciones celulares predominantemente indiferenciadas y las leucemias crónicas, de formas celulares más maduras.

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 los países industrializados es la segunda causa. Constituye un problema de salud a nivel nacional; sin embargo, existen otras causas de mortalidad infantil con mayor frecuencia como lo son los padecimientos infectocontagiosos, gastroenteritis y enfermedades congénitas (Secretaría de Salud, 2000).

El diagnóstico y tratamiento de este tipo de enfermedades requiere no sólo del conocimiento de la oncología y el dominio de la pediatría sino de diferentes subespecialistas dentro de esta rama, los cuales en forma *multidisciplinaria* podrán ofrecerte a estos niños la mejor opción de curación.

El cáncer en la población infantil representa un problema médico y para el ámbito familiar. Por un lado, los aspectos socioeconómicos tienen a causar un verdadero estrago, sobre todo si partimos de la base que la mayoría de los padres de los niños con estos padecimientos se encuentran entre los 20 a 29 años de edad, época de mediana producción económica, así como de problemas de índole emocional. Estas circunstancias van a incidir sobre la estructura familiar con repercusiones muy negativas en la relación de pareja 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.

TESIS CON  
FOLLA DE ORIGEN

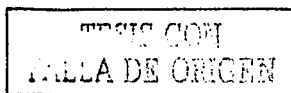
## **Problemas y necesidades**

### ***Nauseas y vómitos***

Los efectos más comunes del tratamiento de quimioterapia para el cáncer son náuseas y vómito. Si no se controlan adecuadamente pueden inducir a complicaciones adicionales, tal como desequilibrio de anorexia y en la metabolización, junto con un empeoramiento físico y psicológico del paciente. Los pacientes de cáncer pueden desarrollar tanta aprensión y terror al tratamiento que solicitan las reducciones de las dosis o terminan su régimen de tratamiento prematuramente debido a las nauseas y vómito mal controlados. Varios pacientes experimentan la aversión antes de la sesión de tratamiento, lo cual hace referencia al fenómeno de nauseas y vómito anticipatorios.

El tratamiento de quimioterapia se da repetidas veces sobre varias semanas en los episodios que se llaman ciclos de tratamiento. Por ejemplo, es común ser tratado con la quimioterapia una vez cada tres semanas hasta sumar doce y completar entonces un ciclo. Durante cada uno de estos tratamientos, los pacientes gastan varias horas en el dispensario del tratamiento. La quimioterapia se da por una aguja pequeña típicamente colocada en una vena de la mano. Regularmente son administrados lentamente sobre un periodo de más de una hora. Así un tratamiento individual puede ocupar una porción significativa del día.

Se ha encontrado que las emociones y cogniciones pueden contribuir al desarrollo de nauseas y vomito anticipatorios. En un estudio que realizó Ahles (1984) y Schultz, (1980) tomó en cuenta las variables psicológicas de la ansiedad, la depresión, la hostilidad y los estilos de afrontamiento y encontraron que los niveles de ansiedad se elevaron significativamente en pacientes con nauseas y vómitos anticipatorios a diferencia de pacientes sin nauseas y vómitos anticipatorios. Y que los pacientes que experimentaron ansiedad durante las inyecciones es significativamente mas probable que desarrollaran nauseas y vómitos anticipatorios que los pacientes que no son ansiosos. La asociación entre ansiedad y nauseas anticipatorias no eran estadísticamente significativas durante los primeros dos ciclos de quimioterapia, pero llegó a ser significativo por el sexto ciclo. La relación entre ansiedad y nauseas y vómitos anticipatorios se debe calificar según el marco de tiempo de tratamiento.



### **Dolor**

La eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales dependen de una evaluación adecuada. Es básico de la evaluación cognitivo conductual la identificación de pensamientos no adaptativos, los sentimientos, las conductas, y las reacciones fisiológicas así como también los antecedentes.

Lo que el terapeuta busca en el paciente para intervenir es información acerca de la frecuencia, de la intensidad, de la duración y de la queja del paciente. Por lo tanto, para la mayoría de los problemas, se les pide a los pacientes registrar la fecha, el tiempo y la situación, así como sus pensamientos, sentimientos y acciones. A menudo se les pide valorar la intensidad de sus reacciones (el dolor, la ansiedad, o la depresión) y el tipo y la cantidad de medicamentos que se les ha dado.

### **Estrés**

El dolor y la enfermedad de cáncer son ejemplos de estresores físicos; además de los métodos médicos utilizados en el tratamiento de la enfermedad tal como la cirugía, quimioterapia, terapia de radiación, así como los procedimientos invasivos del diagnóstico tal como la aspiración de médula que es experimentado por muchos pacientes como aún más estresantes que la enfermedad misma.

Las intervenciones cognitivo conductual, como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y desensibilización, se pueden utilizar para ayudar a pacientes con cáncer.

El proceso cognitivo juega un papel significativo en el énfasis de la enfermedad. El énfasis se experimenta cuando el individuo lo percibe como amenaza y peligro. Los pacientes que son más exitosos en enfrentar el cáncer tienden a ser más positivos en su pensamiento y están dispuestos a tomar un papel activo en su tratamiento médico; mientras que, los que lo enfrentan con dificultad tienden a considerar su situación con desesperación y por lo tanto no luchan ni toman un papel activo en el tratamiento.

Los componentes básicos de un programa incluye el uso de procedimientos de relajación, métodos cognitivos y las imágenes para reducir la tensión y la ansiedad. Las imágenes son particularmente útiles porque proporcionan a los pacientes la oportunidad de prepararse a sí mismos para las situaciones de estrés.

Los procedimientos de la relajación son efectivos en reducir la tensión, las técnicas de respiración en reacciones de control visceral y las imágenes de escenas pacíficas en

producir la relajación mental. Hay, por supuesto, la interacción entre la parte cognitiva, visceral y sistemas musculares.

El psicólogo puede escoger los procedimientos de la relajación que serán muy efectivos dados los síntomas específicos del estrés del paciente o usan un procedimiento de la relajación que incluye la relajación progresiva de músculos. Respiración diafragmática, y la relajación mental (Imaginería).

### **Modelos de intervención**

Existen diferentes modelos que han explicado desde su marco teórico la ansiedad en los pacientes con cáncer y cuán psicológicos pueden ser los efectos anticipatorios.

*Modelo de afrontamiento:* Refiere que el cáncer es conceptualizado como una crisis de salud, que enfrentará múltiples estresores. Allmaier (1982) considera que pacientes que desarrollan náuseas anticipatorias pueden ser deficientes en su habilidad de ajustarse o enfrentar los desafíos físicos y emocionales con sus tratamientos de quimioterapia. Gil (1984), propuso que el modelo de enfrentamiento reconoce la interacción entre demandas físicas y psicológicas, de la situación médica y los recursos de enfrentamiento del individuo. Dichos recursos son: el control conductual, el control cognoscitivo y el control fisiológico.

*Modelo de la ansiedad:* Houts, Morrow, Lipton y Simmons (1984), han propuesto cuatro maneras potenciales que esa ansiedad se relacione con las náuseas anticipatorias: a) la ansiedad pretratamiento como causa de la náusea anticipatoria; b) náusea anticipatoria como causa de ansiedad pretratamiento; c) náusea anticipatoria y ansiedad pretratamiento son ambos causados por náusea de un postratamiento; y d) la ansiedad mejorada de pretratamiento facilita el condicionamiento del proceso anticipatorio.

*Modelo de condicionamiento operante:* Menciona que el desarrollo de la conducta de náusea anticipatoria se continúa porque se refuerza. Esto sugiere que el desarrollo de los efectos anticipatorios se expresarían porque el paciente recibió la recompensa para la conducta de náusea y vómito.

*Modelo de condicionamiento clásico:* Sostiene que la náusea y vómito anticipatorio se desarrollan sólo después de varias administraciones de quimioterapia. Los informes clínicos sostienen que las náuseas y vómitos anticipados nunca se ven antes de varias administraciones de agentes de quimioterapia. El desarrollo de síntomas es en función del número de administración de ciclos de tratamiento.

TEJICO CON  
FALLA DE ORIGEN

Sostiene que el panorama de vómito y náuseas anticipatorias se aprende. Que éstas se desarrollan después de varias administraciones de agentes de quimioterapia. Estudios clínicos (Wilcox, 1982) sostiene que las náuseas y vómitos anticipatorios nunca se ve antes de varias administraciones de agentes de quimioterapia. El condicionamiento procedería por una asociación de estímulos que podrían ser una enfermera de oncología o doctor, los olores del cuarto, las vistas o los sonidos de la habitación del tratamiento, etc. Cuando estos estímulos son asociados con la quimioterapia, otros estímulos tal como el estacionamiento del hospital por ejemplo, que predice su ocurre comenzaría a ser condicionado. Así con el tiempo se forma una asociación de estos estímulos trayendo como respuesta una manifestación abierta conductual que serían la náusea y vómitos anticipatorios.

#### **Enfrentarse a la posibilidad de fracaso muerte.**

Otro de los grandes problemas en el manejo integral de estos pequeños lo constituye el concepto del diagnóstico que guardan tanto los padres como el médico familiar y/o pediatra. La enfermedad de *cáncer* se guarda en un contexto de "tabú" y se evita comúnmente el enunciar la palabra para "no lastimar" al paciente. Este concepto en la actualidad ha demostrado ser incorrecto, sobre todo en el paciente escolar y/o adolescente en quienes ocasionará mayor estado de angustia. Valga la expresión "el paciente sabrá que todos saben de su diagnóstico pero todos dicen saber que él no sabe que tiene *cáncer*". Este laberinto de confusión además condiciona que el sentimiento de culpa sea profundo tanto por parte de los padres como del paciente.

En la actualidad se ha demostrado que el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento en estos pacientes mejoran el ámbito familiar, el optimismo para vencer el obstáculo y las relaciones médico-paciente.

Indiscutiblemente el problema del *cáncer* y su curación aún en la actualidad es todavía materia de desconocimiento en muchas de sus áreas técnicas y por lo tanto, no es nada remoto que muchos de estos pacientes llegue a fallecer. La conceptualización de este último evento constituye un paradigma para los familiares y el médico pediatra. La filosofía del bien vivir y buen morir es algo sólido en el pensamiento y acción del niño con *cáncer*. Es indispensable y esencial que tanto los padres como el equipo profesional no desprecien la inteligencia de estos pequeños e ignoren sus deseos, frustraciones y esperanzas que puedan tener. Si bien es cierto que cerca de tres cuartas partes de los

niños con cáncer cuando son tratados tempranamente en forma integral y especializada se curarán, por otro lado un 25% de estos niños fallecerán. De tal manera que el preparar al paciente en condición terminal será un acto necesario y ético, que tendrá que abordar el médico tratante, psicólogo y fundamentalmente los padres.

El equipo multidisciplinario que evalúa al niño con cáncer debe tener en mente el concepto integral de manejo *biopsicosocial* para poder lograr no nada más la curación del cáncer, sino la restitución del niño a su medio familiar y social. Sin embargo, como se mencionó, el impacto económico de esta enfermedad sobre el núcleo familiar es devastador.

Cerca del 40% de los pacientes institucionales del sector salud abandonan su tratamiento. La razón de abandono si bien puede ser económica puede también ser secundaria a la falta de información al paciente y/o familiares sobre el diagnóstico y tratamiento, sus efectos colaterales, su expectativa de curación, a la falta de conocimiento del médico pediatra sobre estos conceptos, pero sobre todo a la presencia de algunos profesionales y/o charlatanes que ofrecen "curas" maravillosas o bien tratamiento de "medicina" alternativa. Estos últimos han condicionado que un número elevado de pacientes abandonen el tratamiento, así como inducen el desprecio del público 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.

#### **Aspectos psicosociales del niño con cáncer y su familia**

Entre los aspectos psicosociales del niño con cáncer y su familia se encuentran:

- Necesidad de información del diagnóstico, pronóstico y tratamiento
- Aspectos emocionales de la familia ante el niño con cáncer
- Necesidad de expresión/manejo de las respuestas emocionales del niño y su familia ante el cáncer
- Necesidad de funcionar/resolver efectivamente ante la problemática económica del costo del tratamiento
- Balancear las necesidades emocionales y materiales de la familia
- Mantener las relaciones de trabajo del padre(s) en un marco de efectividad

NIÑO CON  
FALLA DE ORIGEN



## **Comportamiento del niño con cáncer.**

En los niños son frecuentes los siguientes comportamientos:

*Ansiedad y preocupación* ante el diagnóstico.

*Tristeza y desánimo.*

*Dificultades para el contacto social.* Las connotaciones negativas de la enfermedad, así como los cambios físicos (por ejemplo, la calvicie) producidos por algunos tratamientos pueden ocasionar conductas de retraimiento y aislamiento.

*Dificultades de carácter.* Las manifestaciones más comunes son los gritos y el llanto. Frecuentemente protestan y se niegan a hacer cualquier cosa que se les mande.

*Dificultad de relación con el personal de salud.* El sentirse en un lugar extraño y el temor a experimentar dolores que no entienden provocan el rechazo de todo lo relacionado con el hospital.

*Dificultades para seguir el tratamiento,* cuando es desagradable como la quimioterapia o la radioterapia.

*Manipulación de los padres* y del personal sanitario para conseguir sus gustos y caprichos, aprovechando que ellos están dispuestos a hacer cualquier cosa para complacer y aliviar el malestar del niño.

*Dificultades en el área de la educación* puesto que la enfermedad y su tratamiento muchas veces le impiden asistir a clase.

No es sólo el niño enfermo quien sufre importantes cambios en su vida, sino que la enfermedad tiene importantes repercusiones en la vida familiar.

## **Intervención psicológica en pacientes con leucemia**

Los problemas psicológicos de estos pacientes se tratan mediante una amplia variedad de técnicas. Todas ellas tienen como objetivo y denominador común hacer al paciente sujeto activo en el enfrentamiento a su enfermedad.

Entre las técnicas más frecuentemente utilizadas están las siguientes:

- Expresión de sentimientos. A menudo es necesario facilitar al paciente la expresión de sentimientos negativos, como la rabia, para que pueda abordar la solución de otros problemas.

- Técnicas conductuales. Se emplean en las primeras etapas de la terapia para tratar la ansiedad y la depresión, e incluyen:

- Distracción y planificación de actividades agradables.
- Relajación para el control de estrés así como los estados de ansiedad que inciden en el sistema inmunitario. La relajación proporciona bienestar y sensación de autonomía.
- También se emplea la visualización, técnica en la que el paciente, después de relajarse, trata de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales de su organismo frente a las células cancerosas.
- Técnicas cognitivas. En primer lugar, el paciente tiene que aprender a detectar una serie de pensamientos negativos sobre su enfermedad y las consecuencias de esta, que le causan una buena parte de las alteraciones emocionales y conductuales. Posteriormente debe aprender a sustituir esos pensamientos por otros más realistas y adaptativos.

## Objetivos

Los objetivos son:

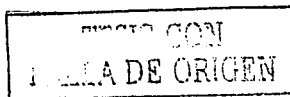
- Que el paciente tenga un mejor manejo de su enfermedad a través del conocimiento de ésta.
- Que el paciente mediante el conocimiento de técnicas cognitivo-conductuales controle el dolor, las náuseas y vómitos anticipatorios
- Mediante ejercicios de relajación lograr que el paciente permita las canalizaciones, la toma de muestras de médula para los estudios y las curaciones.
- Si el niño lo solicita se abordará el tema de la muerte a nivel cognoscitivo y emocional.

## Técnicas de intervención

Se abordaron por lo tanto técnicas de relajación, desensibilización sistemática y el manejo de la información.

### RELAJACIÓN

La relajación progresiva es una técnica conductual que implica un aprendizaje, que puede beneficiar a pacientes con cáncer reduciendo algunos efectos tales como las



náuseas postquimioterapias y vómito, y los estados negativos como la depresión y ansiedad.

Tomando en cuenta que el niño hospitalizado con leucemia se encuentra en condiciones especiales en todo sentido, la técnica de relajación de Jacobson que se toma, es la del niño con necesidades especiales en donde:

- Se modifica la secuencia, de manera que los niños aprenden a tensar y relajar áreas motoras, tales como los brazos y las piernas, antes que las zonas más difíciles como la frente.
- Generalmente se necesita más de una sesión para enseñar todos los grupos musculares.
- En ocasiones se utilizan reforzadores concretos, tales como fichas, actividades gratificantes en general y reforzadores sociales (sonrisa, caricias, halagos, etc.).
- Es necesario acariciar y tocar más al niño.
- Se pueden utilizar aparatos especiales, por ejemplo juguetes, espanta suegras, silbatos, etc.
- Se dan instrucciones más simples y más cortas.
- Con frecuencia es necesario emplear procedimientos de modelado.
- Frecuentemente es necesario utilizar diferentes procedimientos para producir el mismo efecto en niños diferentes.
- El niño requiere más instigación y mayor guía para utilizar la relajación como un procedimiento de autocontrol.
- Hay niños que no pueden tensar y relajar todos los grupos musculares. En estos casos no se procederá al entrenamiento de estos grupos en particular.
- Las sesiones deberán ser diarias y, si es posible, más de una al día.
- Las sesiones suelen ser más cortas debido a la escasa atención del niño, la fatiga, las limitaciones y, en ocasiones, la conducta desadaptativa. Una sesión dura alrededor de quince minutos, pero esto puede cambiar dependiendo de las necesidades individuales.
- La relajación se debería enseñar en habitaciones individuales o en cualquier otro lugar que permita el mayor nivel de concentración del niño disminuyendo los factores que puedan contribuir a su distracción.

TEMA CON  
FALLA DE ORIGEN

### **DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA**

Con la desensibilización sistemática, una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadores. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas, progresivamente, van provocando mayor ansiedad.

Los dos principios básicos fundamentales de la desensibilización sistemática son simples: Primero, una emoción puede contrarrestar otra emoción, y segundo, es posible llegar a "acostumbrarse" a las situaciones amenazadoras. Wolpe lo explica con un ejemplo de la vida cotidiana. El caso de un niño que va a la playa con su padre por vez primera, y que teme al agua, pero esta emoción queda contrarrestada por la seguridad engendrada por la presencia del padre. El "padre" desensibiliza el miedo de su hijo permitiendo que se habitúe al agua gradualmente, con pasos fáciles -mirar el oleaje, mojarse la punta de los pies en la espuma mientras le da la mano, sumergir los pies en el agua, y así sucesivamente, hasta que el niño termina jugando feliz en el agua.

La desensibilización sistemática es un tratamiento efectivo para combatir fobias clásicas, miedos crónicos, y algunas reacciones de ansiedad interpersonal. Es especialmente valiosa para inhibir ansiedades activadas por estímulos que no tienen una respuesta manifiesta apropiada, tales como el miedo a la soledad, al rechazo, o a ser ridiculizado, y en el caso particular del niño con leucemia es el miedo ante los procedimientos médicos, a las agujas, a los doctores, a la sala de curación o a las visitas al hospital. El primer paso de la desensibilización es el dominio de la relajación progresiva, que es en sí misma muy efectiva para reducir la tensión muscular.

El dominio de la desensibilización sistemática es un proceso simple de aprendizaje en cuatro etapas: relajar los músculos a voluntad, hacer una lista con todos los temores, construir una jerarquía de escenas ansiógenas y progresar a través de estas escenas en la imaginación.

Finalmente se aborda la información sobre la leucemia que el niño debe adquirir.

El que un niño sepa toda información sobre la leucemia es importantísimo ya que si lo saben, entonces no les parecerá tan extraña, y cuando las cosas no son extrañas, no dan tanto miedo.

ESTADO CON  
LEULA DE ORIGEN

## INFORMACION SOBRE LA LEUCEMIA

El que un niño sepa toda información sobre la leucemia es básico e importante ya que si lo saben, entonces no les parecerá tan extraña, y cuando las cosas no son extrañas, no dan tanto miedo.

### **Nuestro cuerpo:**

¿Cómo decirle a un niño qué es la leucemia?

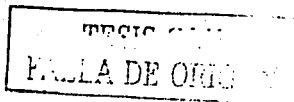
Primero tendrá que saber algo sobre su cuerpo y tiene que saber mucho acerca de su sangre, una vez que lo sepa le hablaremos sobre la leucemia; acerca de lo que es, de lo que puede ocasionar, de cómo los doctores descubrieron que la tenía y de lo que se hará para hacerle sentir mejor.

Empezaremos diciéndole que el cuerpo es como un traje que llevamos puesto y que es lo único que podemos ver de él, por dentro está lleno de muchas cosas, la más pequeña de ellas son las células, éstas están en grupos según sus funciones y cada una tiene un trabajo que hacer. Después vienen los órganos y sistema orgánico. Cuando muchas células, hacen el mismo trabajo y no se tienen que mover mucho para hacerlo, ellas se unen en un lugar y trabajan juntas, entonces el grupo de células se llama órgano. Y cuando hay un trabajo grande que hacer, los órganos se unen y trabajan con otros órganos. Cada órgano hará una parte del trabajo; cuando los órganos trabajan así se les llama sistema orgánico. En la ciudad pasa lo mismo, hospitales, doctores, enfermeras y ambulancias son todos parte de un sistema de salud; cada grupo hace una parte distinta del trabajo para este sistema; los grupos de personas, como los órganos, a veces hacen mejor trabajo cuando lo hacen juntos.

Nuestro cuerpo tiene muchos órganos y varios sistemas. El sistema digestivo es como una tienda, donde al comer trabaja duro para deshacer la comida en partes que son tan pequeñas que las células las usan para conseguir energía. Además necesitamos algo más que la energía de la comida y es el oxígeno y aire; esto es lo que es el sistema respiratorio. Las células usan oxígeno para ayudarlas a consumir la comida más rápido y mejor.

Nuestro cuerpo cuenta con fábricas, un grupo de éstas fábricas es el sistema endocrino; éstas fábricas, llamadas glándulas, todas producen hormonas que son sustancias químicas que todo el cuerpo necesita para crecer y sentirse bien. Otras fábricas son parte de otros sistemas, que hacen cosas que ellos necesitan.

El cuerpo tiene además un sistema para deshacer los desperdicios y reelaborar lo bueno; esto es lo que hace el sistema excretorio. Además tenemos otro sistema



compuesto de huesos y músculos, que están a nuestro alrededor. La piel es otro sistema. Ayuda al cuerpo a conservar la temperatura correcta, sudando cuando estamos acalorados por ejemplo.

Ahora, cuando tenemos todas estas células distintas y sistemas orgánicos, tiene que haber una clase de gobierno, para que las cosas trabajen bien; esto lo hace el sistema nervioso. El cerebro es el alcalde de nuestro cuerpo; sabe lo que pasa y lo que se necesita hacer. Las células cerebrales pueden "hablar" con otras células (tienen una especie de líneas telefónicas). Ellas le comunican al cerebro lo que pasa lejos de él y le comunican a las células y órganos lo que el cerebro quiere que hagan.

Existen además dos tipos de caminos (para que lleguen las cosas de las fábricas a quienes las necesitan), los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. Ellos son como unos pequeños tubos y juntos forman el sistema circulatorio. Ellos van a cada célula del cuerpo; del mismo modo que los caminos conectan cada edificio en la ciudad. La máquina que maneja o empuja al que viaja en los caminos es el corazón. Hay dos clases de vasos sanguíneos; una clase, las arterias, guían fuera del corazón y la otra clase, las venas regresan al corazón; los vasos linfáticos van en una sola dirección de vuelta al corazón.

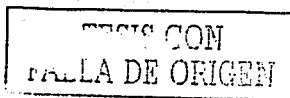
#### *La sangre:*

¿Qué parece ser la sangre?

Parece ser un líquido rojo que está por todo el cuerpo. La sangre puede parecer un líquido rojo, pero no es así. Realmente lo que la sangre es, es un líquido claro, pálido, dorado con pequeñas células en ella; éstas son las células rojas de la sangre (o CRS o eritrocitos), por eso es que se ve roja. También están las células blancas (o CBS o leucocitos) y hay muchas y pequeñas células llamadas plaquetas o trombocitos. El pálido, claro, dorado líquido se llama plasma.

Parte de lo que hace la sangre es transportar el oxígeno en sus células rojas (CRS) a todas partes del cuerpo. Las plaquetas son como una especie de policías que junto con el plasma conservan la sangre dentro de los vasos sanguíneos. Las células blancas (CBS) de la sangre son los soldados del cuerpo que sirven para defenderlo de los enemigos.

Supongamos ahora que el cuerpo no tiene suficientes transportistas o células rojas, por un lado la sangre no sería tan roja, eso haría vernos pálidos y por otro las células no recibirían todo el oxígeno que necesitan, por lo tanto nos debilitaríamos, cansaríamos y tendríamos dificultad para respirar; el corazón trabajaría muy duro para hacer que la sangre vaya más rápido, eso ayuda, pero cansaría, el corazón trabaja tan duro que algunas veces empieza a quejarse y cuando la sangre pasa por él hace un ruido



llamado murmullo. Cuando no hay suficientes células rojas, o cuando algo está mal con ellas y no pueden hacer su trabajo tenemos anemia. Hay muchas causas diferentes de anemia, la leucemia es una de ellas, pero no importa que causa anemia, el resultado es siempre el mismo. Te pones pálido, cansado y débil. Puedes tener un murmullo en el corazón, te puede afectar tanto que no te importe ya nada.

Si el caso fuera que el cuerpo no tenga suficientes policías (plaquetas) ¿qué pasaría? Bueno, si uno se corta un dedo, sangra un poco y luego para, son las plaquetas y sus ayudantes en el plasma que hacen que pare; sin las plaquetas sangraríamos más. También puedes sangrar bajo la piel, lo conocemos como moretón. Sin las plaquetas te lastimarias más fácilmente, más seguido y con más intensidad de lo que debe ser. Puedes sangrar casi sin razón alguna; por ejemplo podrías sangrar de las encías o la nariz o los vasos capilares pueden gotear y puedes formar pequeñas manchas rojas como pecas en tu piel, ellas se llaman petequias.

Cuando no tienes suficientes plaquetas te da trombocitopenia. Hay muchas causas de trombocitopenia, la leucemia es una de ellas; sangras más y te lastimas más fácilmente.

Si no tienes suficientes soldados (células blancas de la sangre) ¿qué pasaría? Si tu cuerpo es invadido por un ejército de microbios malos, regularmente tus CBS se unen y los combaten. Hay más de una clase de CBS y cada una ataca a los enemigos a su manera. Sin las CBS los microbios pueden hacer lo que quieran, pueden robar la comida y el oxígeno. Cuando no tienes suficientes CBS de diferentes tipos tienes leucopenia. Hay muchas causas que producen leucopenia, la medicina que se usa para tratar la leucemia puede ser una causa. Tu cuerpo no podrá defenderse por sí mismo y se puede adquirir más infecciones y pueden ser muy serias.

Ahora veremos que hay más de una clase de CBS; a una clase de CBS se le llama *granulocito*, es el mejor soldado que se tiene para pelear el grupo de microbios llamados bacterias, y la enfermedad que ellas causan, como estreptococos en la garganta. Los granulocitos atacan las bacterias rodeándolas y comiéndoselas. Otra clase de CBS se llama *monocito*, que destruirá cualquier clase de microbio en cualquier parte del cuerpo; mata los microbios comiéndoselos también, pero estos no son tan particular como los *granulocitos*, ellos se comen cualquier cosa. La última clase de CBS se llama *linfocito*, hay dos clases de éstos, los B-linfocitos tienen un trabajo especial, ellos rocián los microbios con una cosa pegajosa llamada anticuerpos; los anticuerpos son como señales que les dicen a otros CBS "¡aquí está el enemigo, acabémoslo!"; son mejores

TEGIB CON  
PALLA DE ORIGEN

exploradores. Los T-linfocitos pelean y rodean, mandan sustancias químicas a otras CBS: "¡aquí está el problema, al ataque!", cuando los otros CBS llegan donde está el problema, los T-linfocitos se aseguran de que se queden ahí. Estas células ayudan a células nuevas a actuar como si fueran profesionales; ellas mandan sustancias químicas a otros linfocitos que les dice que se dividan y hagan más linfocitos. Los T-linfocitos dan muchas ordenes, por ellas también son soldados. Ellas producen sustancias químicas que destruyen microbios, especialmente virus y hongos. Los T-linfocitos son los comandantes de tu cuerpo.

#### **¿Dónde se hace la sangre?**

La sangre se hace dentro de los huesos, en el centro de cada hueso está la médula ósea; ésta es otra de las fábricas de tu cuerpo, toda clase de células de la sangre se hacen ahí. Toda clase de células de la sangre, no importa que clase sea parece empezar como una sola y especial clase de célula: el tallo celular. El tallo celular se puede convertir (dependiendo de lo que el cuerpo necesite) en una célula roja o blanca o una célula que hace plaquetas. Los tallos celulares también hacen nuevos tallos celulares además de crecer y convertirse en células especializadas.

Regularmente una célula no deja su lugar de nacimiento hasta que no ha madurado por completo. Regularmente, pero no siempre, cuando algo no anda bien, células inmaduras pueden ser enviadas fuera; cuando el doctor encuentra células inmaduras en tu sangre, él sabe que no todo anda bien. Mandando una célula inmadura a tu sangre sería como mandarte a ser soldado sin permitirte que crezcas y aprendas primero, no podrías hacer un buen trabajo.

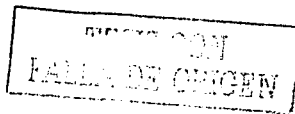
En la médula ósea es donde las células de la sangre nacen y mueren; cualquier cosa que ande mal con la médula, se notará en la sangre.

#### **¿Qué es leucemia?**

Es un cáncer de las células blancas; cáncer es cuando un grupo de células no trabajan con el resto de tu cuerpo, se vuelven envidiosas, no obedecen las reglas, se dividen cuando quieren (cuando no debe ser), no se quedan en el órgano que deben, viajan por todo el cuerpo. Por eso son malignas y cuando las células blancas se vuelven malignas la enfermedad se llama leucemia.

#### **¿Qué causa la leucemia?**

Nadie tiene la respuesta. Algo que tienes que saber es que tú, alguien de tu familia o un amigo pueden sentirse culpables porque tienes leucemia, tal vez tienes miedo que la haya causado algo que hiciste o piensas tal vez que es un castigo por algo o tal vez si tú





o alguien son malos te empeorarás. Es importante recordar que *nadie causa la leucemia y nadie la pudo haber prevenido*.

Las posibles causas o los factores que contribuyeron usualmente se dividen en tres grupos:

1. Genético (algo con lo que naciste)
2. Medio ambiente (viene de tu alrededor)
3. Inmunología (habilidad de tu cuerpo para defenderse así mismo).

### **Tipos de leucemia**

Puesto que existen más de una clase de CBS tiene que haber más de una clase de leucemia. Las clases más comunes son las leucemias linfoblásticas y mieloblásticas. Si estas leucemias actúan muy rápido, son "agudas"; si ellas te afectan muy despacio, son "crónicas".

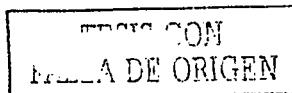
### **Leucemia linfocito aguda (LAL)**

A la mayoría de las personas que les da está están entre los 2 y los 8 años cuando se diagnostica la enfermedad. La célula maligna en LAL es un linfocito anormal llamada linfoblasto ("blasto" por corto). Los blastos parecen causar problemas principalmente apretando la médula ósea por lo que las células normales tienen dificultad en desarrollarse. Los blastos no matan a las células normales, solo se interponen en su camino. Empiezan en la médula ósea y la llenan, después se van a otros lugares también, se pueden ir a los ganglios linfáticos o al bazo o hígado, pueden ir a cualquier lado que va a tu sangre. Los blastos también causan problemas olvidándose de crecer, no maduran y se dividen cuando no deberían.

### **La leucemia mielogénica aguda (LAM)**

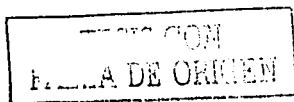
Las células malignas en LAM es un granulocito inmaduro llamado mieloblasto ("blasto"), este blasto es diferente de los linfoblastos de LAL, pero puede causar la misma clase de problemas. Esta enfermedad no es tan fácil de entenderse como LAL y es mas difícil de tratar.

Ahora sabremos cómo es que los médicos se dan cuenta que tienes leucemia. Cada enfermedad tiene síntomas. Los síntomas son las cosas que sientes o notas que no están bien, por los síntomas son por lo que vamos al doctor. El doctor te toma "tu historia clínica" haciéndote preguntas sobre estos síntomas. Los síntomas más comunes de leucemia aguda son: 1) sentirse cansados todo el tiempo 2) fiebre 3) sangrar y lastimarse más fácilmente 4) dolor en los huesos 5) nódulos linfáticos inflamados 6) inflamación del estómago 7) palidez en la piel y encías.



También se apoya con el examen de sangre. Hay otra prueba que el doctor hace para decidir si tienes leucemia, éste es el examen de la médula ósea. Algunas veces los blastos no salen en la sangre aún cuando la médula ósea esté llena de ellos. Estos exámenes serán constantes, aunque no tanto como los de sangre; los exámenes son para saber por una parte si hay blastos en tu médula ósea y por otra para asegurarse que las medicinas que estarás tomando para matar tus células de leucemia no dañan demasiado las células normales. Hay gente que piensa que lo peor de tener leucemia es el examen de médula ósea; hay dolor al sacarte la médula ósea, usualmente se hace en tu espalda y no puedes ver lo que está pasando. Nosotros creemos que si sabes lo que te están haciendo —si puedes formar una imagen en tu mente- la prueba no te dará miedo. Los doctores normalmente sacan médula ósea por una aguja de la parte posterior de tu hueso de la cadera, pero ellos podrían usar el hueso del pecho, el frente del hueso de la cadera, y aún en alguno de los huesos de la espalda. Algunas veces ellos usan el hueso de la espinilla en los niños pequeños. La razón por la que ellos usan esos huesos es que están cerca de la piel y contienen la mayoría de las células de la médula ósea, esto lo hace más fácil para el niño, además de ser más sencillo para el doctor. La médula ósea puede ser sacada de los huesos de 3 maneras: 1) aspiración (que es como aspirarla por una pajita) 2) biopsia (que es tomar una parte íntegra de ella) 3) trepanación (que es tomar un pedacito del hueso).

Cuando se trata de la aspiración de médula, te pedirán que te acuestes boca abajo sobre la mesa y te bajará un poco los pantalones y la trusa, el Dr. se pondrá unos guantes de hule y te limpiará el área con antiséptico para protegerte de los microbios que hay en tu piel y también en la piel del Dr. después el Dr. te pondrá una inyección en la espalda de una medicina adormecedora (xylocaina). Esta inyección duele un poquito, la xylocaina se pondrá donde debe ir la aguja de aspiración hasta llegar al hueso, no sentirás dolor cuando la aguja entre al hueso puesto que los huesos no tienen nervios. Después de esperar a que haga efecto la xylocaina, el Dr. tomará una aguja especial e introduciéndola pasará por tus nervios y piel adormecidos hasta la médula ósea. La aguja en realidad tiene dos partes —un tubo hueco y un embolo lo suficientemente fuerte para penetrar el hueso. Cuando este dentro, el Dr. sacará el embolo y dejará el tubo hueco en su lugar. Entonces el Dr. conecta un tubo de succión (jeringa) a la apertura de la aguja, y saca algo de la médula, jalando del succionador. La succión de la médula duele, pero solo dura unos segundos. Cuando el Dr. tiene suficiente líquido de la médula se te puede sacar la aguja, te pondrá entonces un vendaje que deberás traer puesto todo el día.



A veces hay que hacer un nuevo intento porque el Dr. no puede obtener médula al primer intento. A veces en la leucemia la médula está tan llena de células que la aspiración no trabaja, ni aún con 2 o más intentos; esta es una de las veces que se usa una biopsia. También se puede hacer una biopsia al terminar la aspiración, si el Dr. piensa que una biopsia la puede ayudar a él a entender mejor que pasa dentro de la médula. Si te van hacer una biopsia, eso quiere decir que tienes que estar muy quieto por unos minutos. Si el Dr. tiene que tratar de nuevo no te preocupes ya que tu espalda aún está adormecida. Lo que los doctores hacen con la médula es muy parecido a lo que hacen con tu sangre. La estudian por un microscopio y estudian como se ve, cuentan todas las células y buscan los blastos.

#### **Tratamiento de la leucemia.**

Lo más importante en el tratamiento de la leucemia es llegar a un estado llamado de remisión. Remisión es cuando no tienes ningún síntoma o indicio de leucemia, y cuando tu sangre y los exámenes de la médula ósea no muestran células con leucemia. Remisión no es lo mismo que curarse. Muchas personas han estado en remisión por tantos años, que los doctores creen que se han curado. Por ahora la meta es lograr el edo. de remisión y manteniéndose así. Cuando se está en remisión, se puede vivir una vida casi normal, la única diferencia es que las visitas al doctor son mas seguidas que otras personas.

La forma en que los doctores te ponen en remisión es un proceso llamado de inducción; la forma en que una remisión es inducida dependerá de muchas cosas: donde eres tratado, cuántos años tienes, que tan alto era el conteo de tus células blancas de la sangre al principio, que tipos de blastos tienes, que tan enfermo estabas al principio y como respondes al tratamiento.

Durante la inducción, los doctores usan muchas drogas y tratan de matar todas las células de leucemia que pueden, no importa en que parte de tu cuerpo estas células se escondan. Tal vez tengas que ir al hospital por algunos días o semanas o, si ya estás ahí, tal vez tengas que quedarte aún después de que empieces a sentirte mejor. Esto se debe a que las drogas usadas para matar las células de la leucemia son extremadamente fuertes. Los doctores quieren estar seguros que eres capaz de aceptarias sin mucha dificultad. Una vez que estés en un programa de remisión, entrarás a una terapia de mantenimiento, que es un programa de drogas cuya misión es mantenerte en remisión.

La terapia de mantenimiento dura de tres a cinco años. El tratamiento puede cambiar durante ese tiempo dependiendo de lo que sea más apropiado para ti. El

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tratamiento puede cambiar por otras razones; el mayor problema de la leucemia es que la remisión no siempre dura tanto. Algunas veces la leucemia vuelve a esto se le llama *recaída*. Cuando una recaída se presenta, es como empezar de nuevo. Los doctores tratarán de inducir otra remisión, con LAL una segunda remisión puede ser inducida, pero si hay otra recaída después se hace cada vez más difícil inducir otra remisión. Con LAM, es extremadamente difícil una segunda remisión. Así pues todos tratan de hacer que la remisión dure lo más posible.

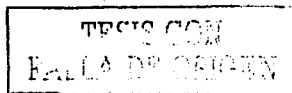
#### **Complicaciones de la leucemia**

Hay siete complicaciones comunes en la leucemia:

**Anemia.** Si el recuento de glóbulos rojos se vuelve muy bajo, vas a necesitar una transfusión de sangre. Esto es cuando se te da sangre de una persona sana. Te darán glóbulos rojos que necesitas para llevar oxígeno.

**Trombocitopenia.** Si tu no tienes suficientes plaquetas, tus venas pueden empezar a sangrar. Esta complicación puede ser seria, según donde estos vasos sanguíneos se encuentren. Si están en los brazos o piernas, vas a tener como un golpe o tal vez una contusión llamada hematoma o moretón. Este moretón puede empujar nervios cercanos y puede resultar doloroso. El lugar más delicado en que estos vasos sanguíneos gotean es dentro de la cabeza. La razón es que tu cerebro no puede moverse de donde está la sangre o hematoma, de la manera en que los músculos lo hacen en las piernas. El cerebro está rodeado de hueso y el hueso no se estira como la piel. Si el vaso sanguíneo gotea muy lentamente te va a doler la cabeza y no se te quitará, tal vez empezarás a ver las cosas borrosas. Si el vaso sanguíneo gotea muy rápidamente no podrás hablar o moverte súbitamente o hasta puedes perder el sentido (como un desmayo). Las hemorragias son una complicación común en todos los tipos de leucemia. Cuando estás en remisión no será gran problema. Muchas personas en remisión juegan fútbol y otros deportes sin ningún problema.

**Infecciones.** Puedes contraer una infección cuando el recuento de glóbulos blancos baja mucho, o porque tus células no trabajan muy bien. debes tener cuidado de no tener contacto con personas que tienen infecciones, esto no quiere decir que no puedas ir a la escuela, o jugar afuera con los amigos. Si eres expuesto a varicela o sarampión comunicaselo al doctor. Si te sientes enfermo sin razón o súbitamente te da fiebre alta o empiezas a sudar y te sientes acalorado y luego con frío temblando después tal vez tengas una infección.



**SNC Leucemia.** Como sabes las células de la leucemia –blastos- pueden estar en otros lugares además de la médula ósea. Un lugar a donde los blastos les gusta esconderse es en el Sistema Nervioso Central (SNC) ; esto es tu cerebro y la espina dorsal y los que los envuelve es llamado meninges. Todo alrededor de tu cerebro y de la espina dorsal, dentro de las meninges hay un líquido claro llamado fluido cerebroespinal, o FCE. Algunas veces los blastos se meten en el FCE y se esconden ahí, y no causan ningún síntoma al principio; después de un tiempo, sin embargo, empiezan a causar problemas, esto es llamado SNC Leucemia o leucemia de las meninges. Los síntomas de SNC Leucemia son: dolor de cabeza que no se quita cuando tomas medicina, vómitos sin ninguna razón, aumento de peso cuando no se toma prednisona y visión borrosa o doble.

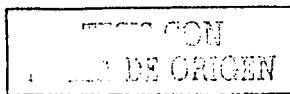
**Dolor de huesos.** La leucemia puede extenderse a todas partes de tus huesos; si tus huesos te duelen mucho o se te forma un absceso en un hueso debes comunicarlo al Dr.

**Problemas con los riñones.** Cuando las células se dividen continuamente (en leucemia), o cuando se mueren en gran cantidad (en tratamiento), ellas hacen una sustancia que se llama ácido úrico, éste ácido puede tapar los riñones, por lo tanto es muy difícil para tu cuerpo poder deshacerse de las impurezas. Afortunadamente estas complicaciones son fácil de atender. Se tiene que tomar muchos líquidos para limpiar los riñones. La medicina alopurinol ayuda a no producir ácido úrico. Si los riñones dejan de funcionar te pueden dar un tratamiento que se llama diálisis hasta que puedan trabajar por si solos de nuevo.

**Complicación de las Gónadas.** A veces a los blastos de leucemia les gusta ir y crecer en tus gónadas. Esto puede suceder cuando todavía estás en remisión. Si eres un niño, tus gónadas (llamadas testículos) se encuentran en un saco (escroto) entre tus piernas. Si las células de leucemia van ahí tus testículos se inflamarán. Esto no duele, pero puede preocuparte. Si eres niña, tus gónadas (ovarios) están en el interior y parte baja de tu vientre. Si las células de la leucemia aparecen ahí, no lo sabrás, pero tu Doctor puede palpar los ovarios cuando él examina tu vientre durante tu examinación. Si el Dr. piensa que las gónadas están implicadas él querrá hacer una biopsia (tomar una pequeña parte de tus gónadas para verla a través de un microscopio). Entonces tal vez necesites radioterapia o un cambio en el tratamiento.

#### **La muerte**

Cuando un niño enferma se tiende a la sobreprotección, restringiendo su sentido de responsabilidad, independencia y madurez.



El niño requiere de su familia incluyendo hermanos, de sus amigos, escuela y JUEGO. Procurarle dentro de lo posible una vida normal.

Hay que proporcionarle información adecuada a la edad y características personales, permitirle expresar sus sentimientos y participar socialmente en los eventos relativos a la pérdida.

Ellos relacionan la muerte con la separación de sus padres, abandono y soledad.

Podemos demostrar gráficamente lo que se les hará y que sucederá. Se utilizan por ejemplo su muñeca u osito de peluche para explicar las "pequeñas muertes".

Se le permitire al niño hablar, no inhibir. Las peticiones finales pueden ser muy importantes.

Kuykendall (1989) recomienda ayudarles de la siguiente manera:

- Hablar al niño honestamente. Decirle la verdad en términos simples y claros. Generalmente los niños ya lo saben.
- Permitirles reaccionar a su propio estilo, sin esperar que lo hagan como un adulto. Sin embargo hay que hacerles saber a quien pueden recurrir por consuelo, apoyo, tiempo y la verdad.
- Responder sus dudas de una manera directa y sencilla. Si no comprenden, volverán a preguntar. Ellos mismos darán sugerencias. Además, una vez que se sienten saturados, dejan su inquietud para otro momento, para lo que debemos estar disponibles.
- Recordar que el niño que agoniza necesita tiempo y oportunidades para despedirse.
- Evitar que la tristeza y tensión de los adultos impidan la franca comunicación con el niño. Mantener la esperanza moderada con honestidad.
- Recordar que la muerte de un miembro de la familia trae consigo otros cambios: la pérdida de un compañero de juego en el caso de un hermano, la pérdida de un cierto nivel de vida, posiblemente de una casa y una mamá feliz (sin papá) o viceversa, etc. A los niños debe ayudárseles, después, a buscar nuevas estrategias para dirigir esos problemas.
- Considerar que los aspectos posteriores a la muerte-funerales, féretros, servicios, rituales de duelo, voz baja, pueden aturdir a un niño (hermanos). Alguien deberá tener especial cuidado para explicar y estar con el niño durante estos momentos.

TEXIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Tomar en cuenta que los niños recuerdan sucesos de por vida. Se les debe ayudar a crear buenos recuerdos en momentos de tristeza en vez de tratar de hacer a un lado y olvidar lo que ha sucedido.
- Recordar que la sinceridad genera confianza y la confianza hace que la ansiedad disminuya. El niño necesita saber que no se le mentirá ni ocultará nada por lo que la confianza y sinceridad deben ser los pilares fundamentales para combatir el miedo del enfermo propiciando así el desarrollo de la virtud de la fortaleza y el optimismo.
- Comprender a los niños como lo que son: niños, sin tratarlos como adultos pequeños o tontos, esperando que reaccionen de determinada manera ante el suceso de la muerte. Se deben considerar sus características particulares, como son: su edad, su forma de ser, sus amistades y necesidades, el tipo de pérdida, etc., características únicas como único es cada niño. Para ello es esencial escucharlo, para poder conocerlo.

No cabe duda de que, como asegura Shaler (1989) "... el dolor del contacto íntimo con un niño que no puede mejorar es difícil de sobrellevar, de manera que parece más cómodo evitar una relación que sólo puede terminar en separación dolorosa. Sin embargo rehuir esta relación quizá origine el desamparo absoluto para el niño, en el momento en que más necesita la cercanía. Trabajar con niños moribundos es un desafío. Aunque no hay una fórmula fija, los viejos trucos de escuchar, ponerse en el lugar del otro, permitir la expresión de emociones negativas, establecer límites, dar la oportunidad de elegir determinadas cosas y prestar atención a los detalles son siempre útiles".

## Resultados

Comprobamos que cuando un niño es diagnosticado con cáncer, el impacto emocional sobre el niño y la familia puede ser devastador y justamente por esto se contó con este programa para ayudar al niño a conocer, enfrentar y manejar su enfermedad.

Este programa fue planteado desde su inicio como una primera aproximación al servicio, ya que como se ha mencionado fue la primer generación que atendió la población de hematología.

Con las técnicas que se les enseñó a los niños era evidente observar las actitudes de valor y menos rechazo a las intervenciones dolorosas y/o desagradables.

Se utilizaron gráficas con caritas de caricatura para detectar el grado de dolor que el niño presentaba, esto fue el parámetro para nuestra medición, la disminución del dolor era evidente después de la aplicación de nuestras técnicas.

En el caso de las náuseas y vómitos anticipados, la medición no podía ser momentánea siempre, lo que se hizo fue pedirle a la madre su apoyo para un auto registro y al revisarlo se estimulaba al niño con palabras y juegos. Hago notar que los padres también se les hace participar en los estímulos en el niño de manera más rápida a la conducta deseada.

De manera general puedo asegurar que en nuestra población las técnicas cognitivo conductuales son de gran beneficio y por lo tanto no pasan desapercibidas para el equipo de salud que opera en el servicio de hematología. Y es precisamente estos resultados los que hacen que nuestra disciplina sea contemplada como elemento fundamental en el tratamiento con el niño con cáncer.

Nuestras técnicas difícilmente eran aplicadas a niños tan pequeños, así que el paso a seguir era la elaboración de un programa para padres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## SEGUNDO PROGRAMA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

### "Programa para padres para el manejo del niño con leucemia"

#### JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que un padre en la medida en que elabore, acepte y maneje el diagnóstico del niño, podrá brindarle una mejor contención de sus emociones y podrá sostener a la familia en una dinámica adecuada. El objetivo de nuestra intervención será la de dar continuidad a la intervención realizada el semestre pasado, que fue dirigido a la problemática emergente de los niños con leucemia. Ahora presentaremos la otra parte que vendría siendo complementaria a la problemática del niño y que es la familia y los padres, que son quienes están más tiempo con el niño y que brindarán mayor apoyo emocional.

Se construyó un programa a padres de niños con leucemia para lograr una buena interrelación entre éste y su hijo durante su internamiento a fin de lograr que éste curse con una disciplina que favorezca su desarrollo normal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEÓRICO

Debido a que los niños con leucemia durante su internamiento sufren de agresiones constantes como la extracción de líquido en la médula, piquetes constantes ya sea por cambio de venoclisis o por sacar muestra de sangre, y por las curaciones que se les practica si tienen alguna herida o infección en la piel, es muy probable que manifiesten agresividad, y su fuerza e intensidad dependerá del tipo de consecuencias que le hayan generado en el pasado, de la presencia e influencias de modelos agresivos que haya tenido, del grado en que la agresión permita aliviar el enojo y la hostilidad.

Por otra parte las respuestas que a menudo presentan los padres son inicialmente las ideas de muerte, seguidas de ansiedad, cólera, hostilidad, culpa e incredulidad.

Los sentimientos de impotencia se apodera de los padres, que genera culpa y peleas entre ellos; por lo tanto tienden a funcionar con dificultad en la disciplina del niño. (William, 1989).

Cuando se trata de un solo desajuste en la conducta de los padres por el diagnóstico recibido, los padres tiende a funcionar adecuadamente en un corto tiempo, brindándole a su hijo apoyo, comprensión y manteniendo para con éste los límites que le permitirán continuar con su desarrollo normal.

¿Que pasa cuando dentro de la familia, la crianza del hijo no fue adecuada u óptima? Cuando se presenta una situación de conflicto que crea un desajuste, será difícil para los padres dar el apoyo que su hijo necesita, de brindar al niño las herramientas necesarias para su mejor adaptación a la enfermedad de leucemia y hospitalización, y sobre todo de mantener la conducta del niño en un marco de límites.

Hasta hace algunas décadas el cáncer, cualquiera que fuera su localización y estadio, era una enfermedad incurable que tarde o temprano conducía invariablemente a la muerte. Esta situación ha dado un giro radical y en estos momentos se considera por ejemplo que la leucemia aguda linfoblástica (LAL) en los niños tiene posibilidades de curación de 70% y las leucemias agudas mieloblásticas (LAM) de un 35%; las remisiones en los linfomas son frecuentes y el periodo de sobrevida en las neoplasias incurables se ha logrado prolongar de manera impresionante.

## Familia y crianza

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido al hogar como la unidad básica dentro de la que se desarrolla el individuo. En ella, que es la fuente primaria de la socialización, aprende como funciona su sociedad y desarrolla patrones de conducta que le permiten funcionar de manera efectiva. Muchos de los valores, actitudes, intereses y conductas que son parte del comportamiento adulto del individuo, tuvieron sus comienzos y cristalizaron completamente a través de las influencias tempranas del hogar y la familia (Ovide, 1981).

Una familia integrada se puede describir como aquella que es organizada, no caótica. La palabra organización quiere decir que cada persona conoce sus deberes y los desempeña, así como también conoce y respeta sus límites y los de los demás miembros de la familia. Los patrones de comunicación están relativamente definidos en las familias integradas: pocas veces se dice una cosa queriendo significar otra. Una familia integrada en la que cada miembro de la misma mantiene un sentimiento de unión emocional con los demás. Es algo más que un simple interés mutuo. Es en cada miembro, una consciencia de la unicidad familiar y aprecio por ella. Es una convicción de no vivir psicológicamente a expensas de otros (Bricklin, 1981).

La fortaleza familiar es mucho más que la mera suma de las potencias individuales de sus miembros. Aunque cada uno de estos contribuye a ella, ya sea positiva o negativamente, el producto es algo más.

Bricklin (1981) dice que los padres pueden tratar en forma óptima los problemas de sus hijos - los benignos y los graves- cuando la estructura familiar es sólida.

Una importante función de la familia siempre ha sido la de preparar a los niños para asumir responsabilidad, lograr su independencia y superación.

Por otra parte, si no se cuenta con la integración de la familia, al padre se le dificultará su interrelación con su hijo y puede favorecer en la situación de enfermedad una debilidad y dependencia del niño.

Existen otros factores que pueden entorpecer la relación padre-hijo, un padre o una madre pueden tener dificultades para aceptar que su hijo tiene un problema (que durante su hospitalización por ejemplo se muestre agresivo, caprichoso, que ignore reglas, etc.) y puede no preocuparse por estar cerca de su hijo. Esto debilita aún más las relaciones entre padre-hijo.

IMPACTO CON  
LA FAMILIA DE ORIGEN

La base de las relaciones padres-hijos es la crianza, la cual es indispensable para el niño y es proporcionada por la madre y el padre.

Dentro de la familia se encuentran variables asociadas con los estilos de interacción familiar durante la infancia, a esto lo llamamos factores de crianza.

Los factores de crianza pueden dividirse en tres áreas:

a) Los aspectos del contexto parental, que incluyen las circunstancias familiares, tales como niveles de estrés, de apoyo y recursos familiares.

b) El aspecto social cognitivo, que incluye las creencias de los padres acerca del desarrollo.

c) Las características del hijo, que incluyen elementos que conciernen a su manera de enfrentar situaciones.

La crianza involucra tiempo y energía y se ha visto que existen algunos otros elementos que pueden afectarla, como la presión económica, situaciones familiares difíciles o por acontecimientos inesperados como la enfermedad (Bricklin, 1981).

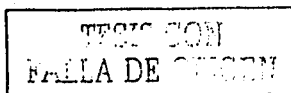
Los factores de crianza que se encuentran más asociados con la permanencia de la agresividad son los siguientes:

- La falta de confianza en los padres para platicar algo muy personal de sí mismo.
- Dedicarse principalmente a sus trabajos y quehaceres domésticos en la infancia.
- Alguna experiencia de abuso hacia el niño que los padres han ignorado.
- En general se puede decir que el tipo de relación con el padre, con la madre, el tipo de relación entre ambos padres y las experiencias durante la infancia son los posibles generadores a largo plazo de agresión.

Retomando el aspecto de la crianza, derivamos de éste como elemento necesario para el desarrollo del niño los límites. Es importante especificar que los límites son precisos por tres razones principales: 1) para mantener a los niños sanos y salvos hasta que aprendan a cuidarse ellos mismos. 2) Para auxiliarlos en el proceso de aprendizaje, ayudándoles a decir, qué es lo que necesita de atención inmediata y que puede dejarse para efectuar sin premura; y, tal vez, lo más importante, 3) para dar fin a la intensa necesidad de algunos niños de instigar a los padres y autoridades a que actúen airadamente (Vazquez, 1997).

Un propósito del establecimiento de límites, es hacer imposible que el niño evoque la emoción negativa que piensa que necesita.

Podemos hablar conjuntamente de límites y de disciplina, pues aún cuando ellas no están completamente traslapados, han mostrado metas comunes, como enseñar a un



niño las reglas de salud y seguridad, hacer que preste atención de los aspectos importantes de su ambiente, ayudar a separar los asuntos de importancia de los que no la tienen y hacer que resulte para él ser venturosamente provocativo. Ni los límites ni la disciplina deben ser usados para castigar en el sentido de tomar venganza.

Los límites y la disciplina respetarían el equilibrio entre las capacidades del niño y lo que de él se le mandara, serían impersonales y fácil de aplicar y tendrían un efecto canalizador.

La mayoría de los padres terminan utilizando la disciplina física con excesiva frecuencia, debido a que se hallan demasiado nerviosos para imponer en forma consistente algún tipo de límites. Sin embargo a la larga, las cosas serían mucho más sencillas si los padres emplearan los límites en lugar de la fuerza.

Por otra parte la comunicación es esencial para el desarrollo y crecimiento del niño, ya que sin ella es imposible aprender; la base de la comunicación es la interacción, el dar y recibir entre el niño y el padre. Además la comunicación es la actividad necesaria para el desarrollo de las habilidades sociales y pueden ser verbal y no verbal, es decir, que para comunicarnos podemos utilizar el lenguaje y los gestos, respectivamente.

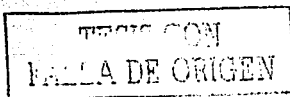
La comunicación es el cimiento a partir del cual el padre empieza a construir el aprendizaje de su hijo, es la habilidad más importante que puede transmitirle a su hijo, ya que una vez que estos empiezan a comunicarse pueden tener un mejor aprendizaje.

Para que la relación padre-hijo evolucione es fundamental que el niño sea capaz de expresar sus sentimientos.

### El desarrollo del niño

Así como el cuerpo crece, la conducta evoluciona. El niño es un sistema de acción en crecimiento. Adquiere su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo a través del proceso de desarrollo.

Encontramos que los niños, varían sus acciones en cierto grado de acuerdo con las situaciones (o sea que la conducta en general no se manifiesta al azar) y sus percepciones de los ambientes y circunstancias en las cuales se encuentran. La probabilidad de ocurrencia de una acción específica varía de acuerdo a las contingencias en el ambiente circundante.



ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## **M É T O D O**

### **Pregunta de investigación**

¿Se puede lograr con un programa de intervención a padres de niños con leucemia una buena interrelación entre éste y su hijo durante su internamiento a fin de lograr que éste curse con una disciplina que favorezca su desarrollo normal?

### **Tipo de muestra**

Padres con niños de 3 a 10 años con diagnóstico de leucemia.

### **Diseño de investigación**

Pre test - post test

### **Instrumentos de medición**

Se utilizarán:

- La Escala de Ambiente Social Familiar (FES) Forma R.
- Índice de Estrés en la Crianza (IEC).
- Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) Niños
- Cuestionario general para padres.

### **Procedimiento**

#### **SESION 1**

Presentación y explicación general del programa y aplicación de los inventarios:

- La escala de Ambiente Social Familiar (FES).
- Índice de Estrés en la crianza (IEC).
- Salud, Estilos de Vida y comportamiento para Niños (SEVIC).

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

## SESION 2

Aplicación del cuestionario general para padres, explicación y obtención de información general de la enfermedad.

- Explorar la información que los padres y/o tutores manejan acerca de la enfermedad.
- Abordar la información general de la enfermedad.
  - Que es la leucemia
  - Causas de la leucemia
  - Tratamientos para la leucemia
  - Consecuencias del tratamiento
  - Duración del tratamiento
  - Posibilidad de recaídas
  - Ideas de muerte

## SESION 3

Análisis e intervención de los problemas detectados en la interacción entre el niño y los padres durante la hospitalización.

- Análisis de la comunicación que se genera entre el niño y sus padres.
- Establecimiento de los límites como elemento importante de su desarrollo.

## SESIÓN 4

- Analizar de que manera está contribuyendo a favorecer conductas agresivas en su hijo.
- Manejo de la agresión del niño.
- Como evitar la sobreprotección.
- Estrategias de apoyo para el niño.

## SESIÓN 5

- Puntos que el padre debe ejercer en su hijo:
  - Mostrar interés en sus opiniones.
  - Platicar con él de sus dudas, preocupaciones y enojos.
  - Apoyarlo cuando se enfrente al equipo médico, o en alguna otra situación nueva.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Manejo de reforzadores positivos ante conductas favorables del niño

**Técnicas a utilizar con los padres:**

- Solución de problemas
- Entrenamiento asertivo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Resultados

El punto central por el que surgió este programa es que como sabemos ante un hecho de esta magnitud cualquier padre puede presentar un descontrol en el manejo tanto de sus emociones como de sus recursos para enfrentar las situaciones y por ende se verá reflejada en el tratamiento, su estancia en el hospital, dinámica familiar y relación con el niño.

Este programa fue presentado como propuesta para el trabajo con padres, no hubo tiempo para llevarlo a cabo de manera estricta en cuanto a las mediciones pues el tiempo no era el suficiente.

Pero a manera de observación puedo decir que en los casos donde se trabajó con los padres los resultados vislumbraban lo esperado, pudimos comprobar que la intervención realizada con los padres fue un elemento básico para la continuidad del tratamiento del niño, para el manejo de las emociones de sus hijos, un mejor control de las situaciones tanto del niño como en el hospital, el apoyo en los ejercicios de relajación y control de la ansiedad, vómitos anticipatorios y ante los temores generados durante su hospitalización.

TRABAJADO CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Existen aspectos esenciales de la psicología pediátrica como los frecuentes problemas en el ajuste del niño a la enfermedad y/o a los procedimientos médicos del tratamiento, además del problema relacionado con la aceptación y el ajuste de su familia para con la condición del niño.

El trabajo con un niño no es tan fácil ya que en todo momento tenemos que hacer manejo de nuestra creatividad y tolerancia, estar preparados a toda pregunta que se les ocurra hacer.

La importancia del programa para padres reside en que para el trabajo de niños se requiere de una labor con los padres, es un trabajo de tres: niño, padre y psicólogo.

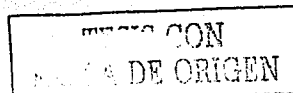
Con estos programas de intervención se pretende y espera por una parte aproximar a los padres hacia una buena interrelación con su hijo, ya que la enfermedad puede generar culpa, enojo incertidumbre y preocupación en los padres y que en determinado momento les impide el establecimiento de la disciplina o límites y se tiende a la sobreprotección, restringiendo su sentido de responsabilidad, independencia y madurez.

En esta rotación se contó con una supervisión constante del supervisor académico y tutor quienes apoyaron en la supervisión de casos, revisión bibliográfica y manejo de técnicas cognitivo-conductual. Considero que al mantenerse las supervisiones el residente adquiere más habilidades por la retroalimentación que se genera.

Aunque fuimos los residentes iniciadores en el servicio de Hematología se nos brindó en el Instituto libertad de emplear nuestros conocimientos teóricos, tuvimos también asesorías por parte del supervisor in situ. Aquí hay que agregar que la corriente psicológica de éste supervisor era psicoanalista, lo cual exigía el manejo de términos y maneras de abordar a los pacientes, pero siempre hubo respeto por nuestra corriente cognitivo-conductual.

No hay manera de decir que no fue enriquecedor el trabajo hecho en el Instituto Nacional de Pediatría puesto que hay que reconocer que el trabajo con personas con probabilidad de muerte es un tanto desgastante emocionalmente, pero que también uno adquiere la capacidad de contención de emociones de los pacientes, de solución de problemas y el contacto humano.

Por último quiero agregar que el INP es un excelente lugar para aprender, la experiencia de trabajar con niños es bastante enriquecedora tanto teóricamente como personal.



## COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

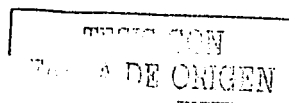
Se logró:

- La capacidad de ejercer la Psicología en el ámbito de la salud con un equipo multidisciplinario
- El conocimiento para seleccionar, aplicar y manejar las diferentes técnicas y procedimientos del modelo cognitivo conductual necesarios para un diagnóstico e intervención en el paciente.
- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de salud.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud
- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.
- Finalmente agrego que se logró la sensibilización que todo profesionista debe tener para la práctica de nuestra profesión.

TESIS CON  
PLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- Agras en Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: S. XXI.
- Ahles & Schultz en Michel, C. & Maadux, J. (1995). Pediatric psychology: Health care psychology for children. EUA.
- Altmaier en Golden, W. & Gersh, W. (1990). Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach. EUA: Williams & Wilkins.
- Baker, L. (1985). Tú y leucemia un día a la vez. Prensa de W.B. Saunders Co. Librería de Congreso catálogo tarjeta número 77-27744. EUA.
- Beck en Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional-emotiva. España: Desclee de Brouwer.
- Billings, A. y Moss, R. (1982). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, (4) 139-157.
- Buela, G. y Caballo, V. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. España: Siglo XXI.
- Brickin. (1981) Padres liberados, hijos liberados. México: Pax - México.
- Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: S. XXI.
- Caraveo, A. (1997). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de México. Reporte interno de investigación. DIES/IMP.
- Diagnóstico situacional de puerperio complicado: Hospital de la Mujer. (1995). México.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional-emotiva. España: Desclee de Brouwer.
- Ellis, A. Y Abrahams, E. (1986). Terapia Racional Emotiva. México D.F.: Pax-México.
- Gentry en Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: S. XXI.
- Gil en Golden, W. & Gersh, W. (1990). Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach. EUA: Williams & Wilkins.
- Houts, Morrow, Lipten y Simmons en Golden, W. & Gersh, W. (1990). Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach. EUA: Williams & Wilkins.



- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Jacobson en Cautela, J. y Groden, J. (1988). Técnicas de relajación: Manual práctico para adultos, niños y educación especial. México: Martínez Roca.
- Kuykendall, J. en Neimeyer, R. (1989). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.
- Lazarus y Folkman, J. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Manual Merck (1994) 9ª Edición. España: Harcourt Brace.
- Ovide en Brickin. (1981). Padres liberados, hijos liberados. México: Pax – México.
- Pomerleau en Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: S. XXI.
- Richards, D. en Lancet. (1998) Estadísticas del departamento de informática del hospital de la mujer de S.S.A. México.
- Roberts, en Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional-emociva. España: Desclee de Brouwer.
- Schwartz y Haynes en Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: S. XXI.
- Schwartz y Weiss en Shapiro (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. De la revista latinoamericana de psicología V. 20 No. 1
- Secretaría de Salud (2000). Estadísticas en salud. En: <http://www.ssa.gob.mx>
- Shaler en Neimeyer, R. (1989). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.
- Taylor en Latorre, P. y Beneit, M. (1992). Psicología de la salud. México: Lumen.
- Vázquez, R. (1997). Prevención primaria de la agresión: Análisis retrospectivo de patrones de crianza e interacción como factores de riesgo. Tesis. UNAM.
- Wilcox en Golden, W. & Gersh, W. (1990). Psychological treatment of cancer patients: A cognitive-behavioral approach. EUA: Williams & Wilkins.
- William en Vázquez, R. (1997). Prevención primaria de la agresión: Análisis retrospectivo de patrones de crianza e interacción como factores de riesgo. Tesis. UNAM.
- Wilson-Barnet en Latorre, P. y Beneit, M. (1992) Psicología de la salud. México: Lumen.
- Wilson, J & Carryg, A. (1978). Factors affecting patients responses to hospitalization. Journal of Advances Nursing, 3 (3) 221-223
- Wolpe en Mckay, M y Davis, M. (1985) Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca.

TRABAJO CON  
TABLA DE ORIGEN

## ANEXOS

TESIS CON  
ORDEN

**CUESTIONARIO GENERAL PARA NIÑOS.**  
 Seligson, I. Osorio, M.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

1. De la siguiente lista de situaciones u objetos, dime que tanto miedo le tienes a cada una de ellas.

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
a) Al hospital	___	___	___	___	___
b) A los médicos	___	___	___	___	___
c) A las enfermeras	___	___	___	___	___
d) A las jeringas	___	___	___	___	___
e) A que te inyecten	___	___	___	___	___
f) A quedarte en el hospital	___	___	___	___	___
g) A que se te acerque un médico	___	___	___	___	___
h) A que se te acerque una enfermera	___	___	___	___	___
i) A los olores a medicinas	___	___	___	___	___
j) A tener náuseas	___	___	___	___	___
k) A vomitar	___	___	___	___	___
l) A estar solo	___	___	___	___	___
m) A oír llorar a otros niños	___	___	___	___	___
n) A la sala de tratamiento	___	___	___	___	___
ñ) Al consultorio del médico	___	___	___	___	___
o) Al consultorio del psicólogo	___	___	___	___	___
p) Otro _____	___	___	___	___	___

2. ¿Cuántas veces te han aplicado la quimioterapia? \_\_\_\_\_

3. ¿Te dan náuseas antes de que te apliquen la quimioterapia?

Si \_\_\_ No \_\_\_

RECIBIDO CON  
 FECHA DE ORIGEN

4. ¿Te dan náuseas cuando piensas en la quimioterapia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. En que situaciones sientes náuseas o vomitas:

	N	V
a) Cuando te dicen que vas a ir al hospital	_____	_____
b) Cuando llegas al hospital	_____	_____
c) Cuando llegas al consultorio	_____	_____
d) Cuando ves al médico	_____	_____
e) Cuando ves a la enfermera	_____	_____
f) Cuando ves jeringas, algodón, suero	_____	_____
g) Cuando llegas a la sala donde te aplican la quimioterapia.	_____	_____
h) Cuando huele a medicina	_____	_____
i) Cuando huele a comida	_____	_____
j) Cuando vas a comer	_____	_____

6. ¿Qué comida, te provoca muchas ganas de vomitar cuando la ves? \_\_\_\_\_

¿Y cuando la comes? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué verdura te provoca muchas ganas de vomitar cuando la ves? \_\_\_\_\_

¿Y cuando la comes? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué bebida te provoca muchas ganas de vomitar cuando la ves? \_\_\_\_\_

¿Y cuando la tomas? \_\_\_\_\_

REGISTRO  
F. DE ORIGEN



9. ¿Qué dulce te provoca muchas ganas de vomitar cuando lo ves?

\_\_\_\_\_

¿Y cuando lo comes? \_\_\_\_\_

10. ¿Qué fruta te provoca muchas ganas de vomitar cuando la ves?

\_\_\_\_\_

¿Y cuando la comes? \_\_\_\_\_

11. ¿Te sientes cansado con frecuencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. ¿Te sientes solo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. ¿Te sientes triste sin ganas de:

	Si	No
a) Jugar	_____	_____
b) Sonreír	_____	_____
c) Hablar	_____	_____
d) Caminar	_____	_____
e) Bañarte	_____	_____
f) Cambiarte de ropa	_____	_____
g) Ir a la escuela.	_____	_____

14. ¿Tienes amigos en la escuela? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15. ¿Cómo se llaman? \_\_\_\_\_

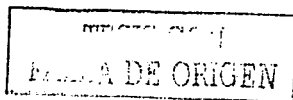
\_\_\_\_\_

16. ¿Cómo te llevas con ellos?

Bien \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_

Mal \_\_\_\_\_



17. ¿A qué juegas con ellos?

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

18. ¿Les has platicado que vienes al hospital? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. En la escuela, prefieres estar:

- a) solo \_\_\_\_\_
- b) acompañado? \_\_\_\_\_

¿por qué \_\_\_\_\_

20. De las siguientes actividades ¿cuales realizas en tu casa sin ayuda de nadie?

- a) Bañarte \_\_\_\_\_
- b) Cambiarte \_\_\_\_\_
- c) Comer \_\_\_\_\_
- d) Salir al parque o a la calle \_\_\_\_\_
- e) Limpiar tu cuarto \_\_\_\_\_
- f) Ayudar en los quehaceres del hogar (lavar platos, ropa, barrer, sacudir, etc.) \_\_\_\_\_
- g) Limpiar tus zapatos \_\_\_\_\_
- h) Arreglar tu mochila \_\_\_\_\_
- i) Otra \_\_\_\_\_

21. Yo soy BUENO para:

- a) Correr \_\_\_\_\_
- b) Jugar \_\_\_\_\_
- c) Cantar \_\_\_\_\_
- d) Pensar \_\_\_\_\_
- e) Aguantar \_\_\_\_\_

TRABAJO CON  
FOLIA DE ORIGEN

- f) Llorar \_\_\_\_\_
- g) Reír \_\_\_\_\_
- h) Hablar \_\_\_\_\_
- i) Quedarme quieto \_\_\_\_\_
- j) Otras \_\_\_\_\_

22. ¿Con quién de tu familia te llevas mejor?

Papá \_\_\_\_\_

Mamá \_\_\_\_\_

Hermano \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

23. ¿Cómo te llevas con tus papás?

Muy Bien \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_

24. ¿Cómo te llevas con tus hermanos?

Muy Bien \_\_\_\_\_ Bien \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_

25. ¿Qué actividades te gusta realizar con tus papás?

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

26. ¿Qué actividades te gusta realizar con tus hermanos?

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**OBSERVACIONES GENERALES**

---

---

---

---

---

---

**FECHA** \_\_\_\_\_

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

94

## ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR (FES) FORMA R

**INSTRUCCIONES :** Antes de aplicar este cuestionario es muy importante que usted enfatice a la persona entrevistada que todas las preguntas que se le van a hacer se refieren a SU FAMILIA.

**LEA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA.**

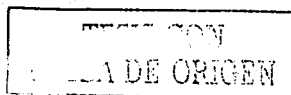
Pida que la respuesta a cada pregunta sea "SI" o "NO". Cuando la persona manifieste no haber comprendido, lea nuevamente la pregunta, y si a pesar de ello no la entiende, trate de aclararla basándose en la explicación contenida en el MANUAL DE APLICACIÓN.

1. ¿ En su familia realmente se ayudan unos a otros?
2. ¿Acostumbran hablarse de lo que sienten?
3. ¿Se pelea mucho entre ustedes?
4. ¿Cada quien hace las cosas sin recibir ayuda de nadie?
5. ¿Creen ustedes que el ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante?
6. ¿Hablan de política y del país frecuentemente?
7. ¿Cuándo tienen tiempo libre salen de su casa?
8. ¿Van a la iglesia con frecuencia?
9. ¿Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa?
10. ¿Se dan órdenes entre ustedes?
11. ¿Pasan muchos momentos juntos en casa?
12. ¿Pueden ustedes hablar libremente de lo que pasa en su familia?
13. ¿Se enojan muy fuerte entre ustedes frecuentemente?
14. ¿Los dejan ser libres en lo que hacen y en lo que piensan en su familia?
15. ¿Para su familia es muy importante salir adelante en la vida?
16. ¿Van seguido a conferencias, teatros o conciertos?
17. ¿Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa?
18. ¿En su familia acostumbran rezar?
19. ¿Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados?
20. ¿En su familia hay mucha disciplina?
21. ¿Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa?
22. ¿Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otros se molestan?
23. ¿Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes?
24. ¿En su familia cada quien decide lo que hace?
25. ¿Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tiene?
26. ¿Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes?
27. ¿Algunos de ustedes está en equipos de fútbol, béisbol, etc?
28. ¿Hablan ustedes con frecuencia del significado religioso de la navidad?
29. ¿En su casa es fácil encontrar las cosas cuando se necesitan?
30. ¿Una persona en su familia es la que toma la mayor parte de las decisiones?
31. ¿Se sienten muy unidos en su familia?
32. ¿Se cuentan ustedes sus problemas personales unos a otros?
33. ¿Cuándo tienen problemas explotan con facilidad?
34. ¿Pueden salir de la casa cada vez que quieren?

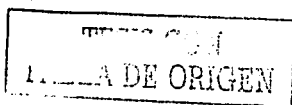
TECNO CON  
FALLA DE ORIGEN

95

35. ¿Creen ustedes que se debe luchar por ser el mejor en cualquier cosa que se haga?
36. ¿Están ustedes interesados en actividades culturales?
37. ¿Van al cine, eventos deportivos o excursión muy seguido?
38. ¿Creen ustedes en el cielo y el infierno?
39. ¿En su familia, son puntuales?
40. ¿Las cosas en su casa se hacen como se debe?
41. ¿Son ustedes acomodados en las cosas que se necesitan en casa?
42. ¿Si tienen ganas de hacer algo de repente, lo hacen?
43. ¿Seguido se critican unos a otros?
44. ¿En su familia, pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste?
45. ¿Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión?
46. ¿Seguido discuten de arte, cultura, política, etc.?
47. ¿Todos ustedes tienen uno o dos pasatiempos?
48. ¿En su familia, tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo?
49. ¿En su familia, las personas son firmes en sus decisiones?
50. ¿En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo que está permitido?
51. ¿Realmente se apoyan unos a otros?
52. ¿Cuando alguien se queja de su familia, otro se molesta?
53. ¿Se golpean entre ustedes alguna vez?
54. ¿En su familia cada quien resuelve sus propios problemas?
55. ¿Se preocupan por mejorar en su trabajo o sacar mejor calificaciones en la escuela?
56. ¿Alguien de su familia toca algún instrumento musical?
57. ¿A parte de sus obligaciones tienen actividades de diversión?
58. ¿Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe?
59. ¿Tratan de tener ustedes la casa limpia?
60. ¿En su casa, hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares?
61. ¿hay mucha unión entre su familia?
62. ¿Los asuntos de dinero y deudas, se hablan delante de todos ustedes?
63. ¿Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose?
64. ¿Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás?
65. ¿En su familia, trabajan duro para mejorar y salir adelante?
66. ¿Van a la biblioteca frecuentemente?
67. ¿Van a cursos o clases que no son parte de la escuela, por pasatiempo o interés?
68. ¿En su familia cada persona tiene ideas diferentes acerca de lo que es bueno o malo?
69. ¿Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones?
70. ¿Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran?
71. ¿Verdaderamente se llevan bien entre ustedes?
72. ¿Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes?
73. ¿Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa?
74. ¿Cuando algún miembro de la familia hace lo que quiere, lastima los sentimientos de los demás?
75. ¿En su familia, primero es el trabajo y luego la diversión?
76. ¿Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver la televisión?
77. ¿Salen ustedes a pasear muy seguido?
78. ¿La Biblia es un libro muy importante en su casa?
79. ¿El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su casa?
80. ¿La disciplina en su casa es muy estricta?



81. ¿Su familia, a todo se dedica tiempo y atención?
82. ¿En su familia, discuten mucho?
83. ¿Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren?
84. ¿En su familia, se permite que cada quien diga lo que piensa?
85. ¿A ustedes les gusta estarse comparando con los demás?
86. ¿Realmente les gusta la música, la lectura, la pintura, la danza, etc.?
87. ¿La forma principal de entretenerse en su familia es ver TV o escuchar la radio?
88. ¿En su familia, creen que cuando alguien comete un pecado, será castigado?
89. ¿Los platos se lavan rápidamente después de comer?
90. ¿En su familia, se respetan las cosas que no están permitidas?



## INDICE DE ESTRÉS EN LA CRIANZA (IEC)

### Instrucciones:

En la hoja de contestaciones del IEC, por favor, escriba su nombre, género, fecha de nacimiento, y estado civil; el nombre, género y fecha de nacimiento de su hijo(a); y la fecha de hoy.

Este cuestionario contiene 120 oraciones. Lea cada oración cuidadosamente. Para cada oración, piense en el niño que más le preocupa y circule la respuesta que mejor represente su opinión. Por favor, anote todas sus respuestas en la hoja de contestaciones. NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO.

Circule CA si usted está Completamente de Acuerdo con la afirmación.

Circule A si usted está de Acuerdo con la afirmación.

Circule NS si usted No está Seguro con la afirmación.

Circule D si usted está en Desacuerdo con la afirmación.

Circule CD si usted está Completamente en Desacuerdo con la afirmación.

Por ejemplo, si usted disfruta ir al cine algunas veces, usted puede circular A en respuesta a la siguiente aseveración:

Yo disfruto ir al cine.

CA A NS D CD

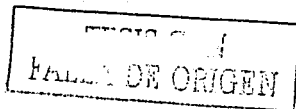
Cuando usted no encuentre la respuesta que exactamente describa sus sentimientos, por favor, circule la respuesta que más describa cómo se siente.

**SU PRIMERA REACCIÓN A CADA PREGUNTA DEBERÍA SER SU CONTESTACIÓN.**

Circule sólo una respuesta para cada afirmación, y responda a todas las afirmaciones. NO BORRE! Si usted necesita cambiar alguna contestación, escriba una "X" sobre la contestación incorrecta y circule la contestación correcta. Por ejemplo:

Yo disfruto ir al cine.

CA A NS D CD





1. Cuando mi hijo quiere algo, generalmente sigue tratando de conseguirlo.
2. Mi hijo es tan activo que me cansa.
3. Mi hijo es desorganizado y se distrae con facilidad.
4. Comparado con la mayoría, mi hijo tiene más dificultades para concentrarse y atender.
5. Mi hijo a menudo se mantiene ocupado con un juguete por más de diez minutos.
6. Mi hijo divaga o pierde el tiempo más de lo que quiero.
7. Mi hijo es mucho más activo de lo que yo esperaba.
8. Mi hijo protesta y patalea demasiado cuando lo visto o lo baño.
9. A mi hijo se le puede distraer fácilmente de algo que desea.
10. Mi hijo rara vez hace cosas para hacerme sentir bien.
11. La mayoría de las veces, siento que le agrado a mi hijo y que quiere estar cerca de mí.
12. Raras veces siento que le agrado a mi hijo y que quiere estar cerca de mí.
13. Mi hijo me sonríe mucho menos de lo que espero.
14. Cuando hago cosas para mi hijo, tengo la sensación de que mis esfuerzos son poco apreciados.

Para el enunciado 15, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 4:

15. Qué afirmación describe mejor a su hijo?:

- 1) Casi siempre le gusta jugar conmigo.
- 2) Algunas veces le gusta jugar conmigo.
- 3) Usualmente no le gusta jugar conmigo.
- 4) Casi nunca le gusta jugar conmigo.

Para el enunciado 16, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

16. Mi hijo llora y se inquieta:

- 1) Mucho menos de lo que espero.
- 2) Menos de lo que espero.
- 3) Tanto como espero.
- 4) Mucho más de lo que espero.
- 5) De manera casi constante.

17. Mi hijo llora o hace berrinche más frecuentemente que la mayoría de los niños.
18. Cuando mi hijo juega, casi nunca se ríe o suelta carcajadas.
19. Mi hijo generalmente se despierta de mal humor.
20. Siento que mi hijo es muy mal humorado y fácilmente se irrita.
21. Mi hijo se ve un poco diferente a lo que espero y eso a veces me incomoda.
22. En algunas áreas mi hijo parece haber olvidado enseñanzas pasadas y vuelve a hacer cosas características de niños más pequeños.
23. Mi hijo aprende más lento que la mayoría de los niños.
24. Mi hijo comete menos que la mayoría de los niños.
25. Mi hijo hace pocas cosas que me molestan mucho.
26. Mi hijo es incapaz de hacer tanto como espero.
27. A mi hijo le disgusta mucho ser abrazado o acariciado.
28. Cuando mi hijo nació, tuve dudas acerca de mi habilidad para ser madre/padre.
29. Ser madre/padre es más difícil de lo que pensé.
30. Me siento capaz y en control de las cosas cuando estoy cuidando a mi hijo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

99

31. Comparado con un niño promedio, a mi hijo se le dificulta demasiado adaptarse a los cambios de planes o cambios que hay en la casa.
32. Mi hijo reacciona muy fuerte cuando sucede algo que no le agrada.
33. Dejar a mi hijo al cuidado de alguien es usualmente un problema.
34. Mi hijo fácilmente se molesta ante cosas insignificantes.
35. Mi hijo fácilmente percibe y reacciona exageradamente a sonidos fuertes o luces brillantes.
36. Establecerle a mi hijo las conductas de dormir y comer fue mucho más difícil, de lo que yo esperaba.
37. Mi hijo usualmente rechaza un juguete nuevo antes de empezar a jugar con él.
38. A mi hijo le es muy difícil y le lleva mucho tiempo acostumbrarse a cosas nuevas.
39. Mi hijo parece estar incómodo cuando conoce a extraños.

Para el enunciado 40, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 4:

40. Cuando mi hijo se molesta o irrita:
- 1) Es fácil tranquilizarlo.
  - 2) Es más difícil calmarlo de lo que espero.
  - 3) Es muy difícil calmarlo.
  - 4) Nada de lo que yo haga ayuda a calmarlo.

Para el enunciado 41, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

41. He encontrado que tratar que mi hijo haga algo o deje de hacerlo es:
- 1) Mucho más difícil de lo que espero.
  - 2) Algo difícil.
  - 3) Tan difícil como espero.
  - 4) Más fácil de lo que espero.
  - 5) Mucho más fácil de lo que espero.

Para el enunciado 42, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

42. Piense cuidadosamente y cuente el número de cosas que su hijo hace que a usted le molestan. Por ejemplo: Rojear, refusarse a escuchar, ser hiperactivo, llorar, interrumpir, pelear, quejarse, etc.

Por favor circule el número que incluya el número de cosas que usted contó.

- 1) 1-3
- 2) 4-5
- 3) 6-7
- 4) 8-9
- 5) 10 o más

Para el enunciado 43, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

43. Cuando mi hijo llora, generalmente dura:
- 1) Menos de dos minutos.
  - 2) 2 a 5 minutos.
  - 3) 5 a 10 minutos.
  - 4) 10 a 15 minutos.
  - 5) Más de 15 minutos.

44. Hay algunas cosas que mi hijo hace que realmente me molestan mucho.  
 45. Mi hijo ha tenido más problemas de salud de lo que yo esperaba.  
 46. Conforme mi hijo crece y es más independiente, me preocupa más que se lastime o se meta en problemas.  
 47. Mi hijo ha resultado ser más problemático de lo que yo esperaba.  
 48. Mi hijo parece ser mucho más difícil de cuidar que la mayoría de los niños.  
 49. Mi hijo está siempre colgado de mí.  
 50. Mi hijo me exige más que la mayoría de los niños.  
 51. Yo tomo mis decisiones con ayuda.  
 52. He tenido muchos más problemas de lo que esperaba criando hijos.  
 53. Yo disfruto ser padre.  
 54. Siento que tengo éxito la mayoría de las veces, cuando trato que mi hijo haga algo o deje de hacerlo.  
 55. Desde que traje a casa a mi último hijo del hospital, encontré que soy incapaz de cuidarlo tan bien como yo pensaba. Yo necesito ayuda.  
 56. A menudo siento que no puedo manejar las cosas muy bien.

Para el enunciado 57, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

57. Cuando pienso en mí como padre, creo que:

- 1) Puedo manejar cualquier cosa que suceda.
- 2) Puedo manejar la mayoría de las cosas bastante bien.
- 3) A veces tengo dudas, pero creo que puedo manejar la mayoría de las cosas sin problema.
- 4) Tengo algunas dudas respecto a si soy capaz de manejar las cosas.
- 5) No creo que maneje las cosas muy bien.

Para el enunciado 58, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

58. Siento que soy:

- 1) Un muy buen padre.
- 2) Mejor que el promedio de los padres.
- 3) Un padre promedio.
- 4) Una persona que tiene algunos problemas al ser padre.
- 5) No muy bueno como padre.

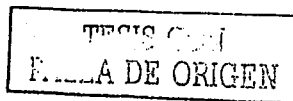
Para los enunciados 59 y 60, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

59. Cuál es su nivel escolar?

- 1) Primaria
- 2) Secundaria
- 3) Técnico
- 4) Bachillerato
- 5) Profesional

60. Cuál es el nivel escolar de su cónyuge?

- 1) Primaria
- 2) Secundaria
- 3) Técnico
- 4) Bachillerato



## 5) Profesional

Para el enunciado G1, escoja una respuesta entre las alternativas de la 1 a la 5:

61. Qué tan fácil es para usted entender qué es lo que quiere o necesita su hijo?

- 1) Muy fácil
- 2) Fácil
- 3) Algo difícil
- 4) Muy difícil
- 5) Generalmente no puedo ni imaginarlo

62. Toma tiempo a los padres el desarrollar sentimientos de cariño y de cercanía con sus hijos.

63. Espero tener sentimientos más cálidos o de cercanía hacia mi hijo de los que siento y eso me molesta.

64. A veces mi hijo hace cosas que me molestan, sólo por ser cruel.

65. Cuando era más joven, nunca me sentía cómodo cargando o cuidando niños.

66. Mi hijo sabe que soy su madre/padre y me quiere más que a otras personas.

67. El número de hijos que tengo ahora es demasiado.

68. La mayor parte de mi vida la ocupo haciendo cosas para mis hijos.

69. Ocupo la mayor parte de mi vida y más tiempo de lo que esperé en satisfacer las necesidades de mi hijo.

70. Me siento atrapada(o) por mis responsabilidades como madre/padre.

71. Siento con frecuencia que las necesidades de mi hijo controlan mi vida.

72. Desde que tuve este hijo me siento incapaz de hacer cosas nuevas y diferentes.

73. Desde que tuve a mi hijo, siento que casi nunca soy capaz de hacer las cosas que me gustan.

74. Es difícil encontrar un lugar en nuestra casa donde se pueda estar sola(o).

75. Con frecuencia me siento culpable o mal conmigo mismo, cuando pienso acerca de la clase de madre/padre que soy.

76. Me siento insatisfecha(o) con la última ropa que me compré.

77. Cuando mi hijo se porta mal o se molesta mucho, me siento responsable, como si yo no hubiese hecho lo correcto.

78. Siempre siento que mi hijo hace las cosas mal, es realmente por mi culpa.

79. Con la frecuencia me siento culpable por lo que siento hacia mi hijo.

80. Hay pocas cosas que me molestan acerca de mi vida.

81. Me sentí más triste y deprimida(o) de lo que esperaba, cuando salí del hospital con mi bebé.

82. Me siento culpable cuando me enoja con mi hijo y eso me molesta.

83. Después de un mes de la llegada de mi hijo, noté que me sentía más triste y deprimida(o) de lo que esperé.

84. He notado que, desde que nació mi hijo, mi esposo(a) ayuda y apoya menos de lo que espero.

85. El tener un hijo me ha causado más problemas de los que esperaba en la relación con mi esposo(a).

86. Desde que nació mi hijo, mi esposo(a) y yo hacemos pocas cosas juntos.

87. Desde que nació mi hijo, mi esposo(a) y yo pasamos poco tiempo juntos como familia.

88. Desde que nació mi último hijo, he tenido menos interés en tener relaciones sexuales con mi esposo(a).

TEJES CON  
FALLA DE ORIGEN