

01968
14

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
LIC. SHIRLEY RUBIO CARRASCO

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL:

PRESIDENTE:	MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
PRIMER VOCAL:	DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
SEGUNDO VOCAL:	MTRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO
TERCER VOCAL:	MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA
SECRETARIO:	MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
SUPLENTE:	DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
SUPLENTE:	MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MEXICO, D.F.

2003

RECIBO CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Secretaría de Salud, por la oportunidad que me brindaron al ingresar a la maestría y a la residencia lo cual contribuyó de manera muy significativa en mi formación tanto profesional como personal.

A la Psic. Rebeca Sánchez Monroy, por su amistad y las enseñanzas brindadas a lo largo de la maestría.

A cada uno de los profesores de la Maestría, en orden alfabético, Arturo Martínez, Carlos Santoyo, David Rojas, Fernando Vázquez, Florente López, Héctor Ayala Velásquez, Isaac Seligson, Isabel Reyes Lagunes, Juan José Sánchez Sosa, Leonardo Reynoso Erazo, Lucy Redil, Patricia Andrade Palos, Samuel Jurado. Por haber compartido toda su experiencia y enseñanzas aprendidas.

A mis padres, Lic. Rafael Rubio Lara y Profra. Refugio Carrasco García porque siempre han sido y serán la piedra angular de todos mis logros, me siento agradecida con la vida por tenerlos a ustedes. Gracias por todo el amor y apoyo que siempre me han brindado, siempre los amaré y respetaré.

A mis hermanos, I.Q. wérner Rubio Carrasco, I.C. Nésler Rubio Carrasco y Mtra. Kenneth Rubio Carrasco por todos los momentos tan agradables que hemos compartidos ustedes han sido un ejemplo para mí, gracias por enseñarme y por cuidarme siempre, todo el tiempo están en mi corazón, lo quiero mucho.

A Delany y Gael por haber alegrado más cada día de nuestras vidas.

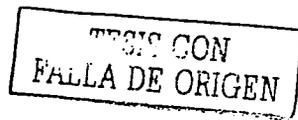
A Raúl, por ser siempre mi gran apoyo y por todo tu cariño.

A Dios, por estar siempre ahí y sentirme acompañada.

A mis compañeros de la maestría y la residencia y de la vida Especialmente a Ericka, Noel, Sonky Laurita, Lupita, Dr. Valle y a Dr. Esquivel Gracias por su tiempo y espacio. A todos mis amigos que no es necesario que los mencione ellos saben quienes son. A Gaby por siempre confiar en mí por su amistad y por todas las enseñanzas que compartiste conmigo.

A mis pacientes porque siempre serán mi motor para seguirme preparando y por haberme enseñado a valorar más la vida y por permitirme aprender de cada uno de ellos.

MUCHAS GRACIAS



AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

PARA MI QUERIDO TUTOR
DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

Sin dudar a equivocarme la persona que en todo momento estuvo presente en mi desarrollo durante todo el proceso de la maestría y residencia fue el Dr. Ayala quien siempre me proporcionó el apoyo necesario fuera este, material bibliográfico, respaldo en las Instituciones, llamadas de atención, apoyo emocional en los tiempos difíciles él siempre tenía un espacio una palabra de apoyo, una sonrisa para mí.

El Dr. Ayala me impulsó a desarrollarme más como profesionista y como persona, aprender más de Investigación y sobre todo Ayudar lo mejor posible a todos mis pacientes.

Es por eso que aunque no este presente físicamente si lo está en mis pensamientos, emociones y en mi actuar diario como profesionista ya que he puesto en práctica sus enseñanzas.

Por todo esto quedaré siempre agradecida de usted que para mi es y será un un gran ejemplo de fortaleza, disposición y de vida. Siempre estará en mis pensamientos y emociones.

En casa mis padres solian tener unos libros llamado Genios y Figuras en uno de los tomos Thomas Carlyle refiere:

"NINGUN GRAN HOMBRE VIVE EN VANO. LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD NO ES SINO LA BIOGRAFIA DE LOS GRANDES HOMBRES."

Usted es uno de esos hombres.

GRACIAS POR TODAS SUS ENSEÑANZAS

TRICIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARA MI TUTOR:

MTRO. LEONARDO REYNOSO

Querido Leo siempre fuiste un soporte en el proceso de la Maestría y Residencia pero definitivamente en estos últimos meses te has convertido en mi gran apoyo, gracias por aceptar ser mi Tutor, por respetar mi trabajo, por darme fortaleza para seguir adelante, por ayudarme a concluir este proyecto a través de tus enseñanzas y sobre todo por regalarme siempre esa sonrisa que te distingue.

GRACIAS LEITO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
Ubicación general de las necesidades de servicio de psicología en nivel hospitalario	4
Antecedentes de la psicología de la salud y medicina conductual	5
PRIMER AÑO DE RESIDENCIA:	
Hospital Juárez de México, Servicio de Oncología	
Características del Hospital Juárez de México	9
Servicio de Oncología	11
Características del Cáncer	
Repercusiones psicológicas en los pacientes Oncológicos	
Actividades desarrolladas	15
Consulta Externa	15
Objetivos	
Actividades Diarias	
Actividades del Psicólogo en Consulta de Mama	
Actividades del Psicólogo en Consulta de Quimioterapia	
Actividades del Psicólogo en Consulta de Biopsias y urgencias	
Alteraciones Psicológicas, Formas de Evaluación y Técnicas	
Diagnóstico	
Resultados	
Evaluación de los Resultados	
Elaboración de Nota en el Expediente Clínico	
Contexto de las Intervenciones	

5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hospitalización	23
Objetivos	
Actividades Diarias del Residente en Piso	
Actividades del psicólogo con paciente internados debido a aplicación de quimioterapia	
Actividades del psicólogo con paciente internados debido a que serían sometidos a intervención quirúrgica.	
Actividades del psicólogo con pacientes terminales	
Actividades del psicólogo con pacientes en seguimiento	
Diagnóstico	
Resultados	
Elaboración de Notas en el Expediente Clínico	
Contexto de las Intervenciones	
Plan de Intervención	
Ejemplo de Caso: Recién Diagnóstico	
Asistencia a eventos académicos	33
Participación como asistente	
Participación como ponente	
Publicaciones	
Evaluación del sistema de supervisión	34
Supervisión <i>in situ</i>	
Supervisión académica	
Publicaciones	
Competencias profesionales alcanzadas	36
Conclusiones y sugerencias	37

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA:

**Instituto Nacional de Pediatría, Servicio de Salud Mental, Hematología
e Inmunología**

Atención a Paciente Pediátricos	40
Leucemia	
Trastorno por Déficit de Atención (TDA)	
Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	
Características del Instituto Nacional de Pediatría	53
Contexto de los Servicios atendidos	
Actividades profesionales desarrolladas	
Actividades Generales del Psicólogo en Consulta Externa de Salud Mental	56

Objetivo 1 Realizar Valoraciones Neuropsicológicas

Método

Resultados

Evaluación de los Resultados

Descripción de un caso: Niño con TDAH

**Objetivo 2 Impartir un Taller sobre manejo Conductual de Niños con
TDA y TOD dirigido a padres de los niños**

Objetivos del Taller

Método

Evaluación del Trabajo

Actividades Generales del Psicólogo en el Servicio de Inmunología 73

Antecedentes

Objetivo: Realizar valoración o revaloración neuropsicológica a
pacientes con LES o ARJ.

Método

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1

Resultados
Evaluación del Trabajo
Descripción de un Caso: Paciente con LES (Lupus)

Actividades Generales del Psicólogo en el Servicio de Hematología 83

Objetivo: Captar población con Leucemia para registrar Historia clínica y detectar problemas psicológicos

Método

Resultados

Evaluación de los Resultados

Resultados del grupo de Lactantes Mayores

Resultados del grupo de Preescolares

Resultados del grupo de Escolares

Resultados del grupo de Adolescentes

Asistencia a eventos académicos	127
Asistencia a congresos	
Participación como ponente	
Competencias profesionales alcanzadas	128
Evaluación del sistema de supervisión	130
Supervisión <i>in situ</i>	
Supervisión académica	
Publicaciones	
Conclusiones y sugerencias	132
Referencias	136

2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El presente trabajo es un reporte de experiencia profesional que se desarrolló en el campo de psicología aplicada a la salud dentro de la maestría en psicología profesional con residencia en medicina conductual. En primer lugar se hace una introducción para ubicar la necesidad del servicio de psicología en el nivel hospitalario. Posteriormente se describen las acciones realizadas en dos años de residencia. En el primer año se prestó atención psicológica en el servicio de Oncología en el cual se realizaron diversas actividades enfocadas principalmente a resolver problemas psicológicos derivados de la enfermedad, utilizando para esto la Entrevista Semiestructurada como principal herramienta. Así mismo se describen las técnicas cognitivo conductuales empleadas como la reestructuración cognitiva, la relajación, entre otras, se evalúa el sistema de supervisión, se realiza una evaluación de las competencias profesionales alcanzadas y se finaliza con las conclusiones y sugerencias. En el segundo año de residencia se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría en los Servicios de Salud Mental, Hematología e Inmunología, atendiendo a pacientes con problemas inmunológicos, Leucemia y TDA, principalmente. Se describe posteriormente las actividades desarrolladas, se mencionan los objetivos y métodos con el que se trabajó ilustrándolo con ejemplo de caso. Se presentan los resultados de los pacientes obtenidos en la rotación. Finalmente se evalúa el sistema de supervisión, se describen las competencias profesionales alcanzada y se exponen las conclusiones y sugerencias.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

UBICACIÓN GENERAL DE LAS NECESIDADES DE SERVICIO GENERAL DE PSICOLOGÍA EN NIVEL HOSPITALARIO

La salud no solo es un bien necesario sino un factor determinante e indispensable en el desarrollo económico y social de cualquier nación.

La Organización Mundial de la salud en su Conferencia Internacional sobre atención primaria a la Salud definió en 1978 a la Salud como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de la misma, es un objetivo social importantísimo en el mundo (Moctezuma Barragán, 2000, p. 6).

En nuestro país se encuentra regido constitucionalmente en el artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución actual, el cual refiere que: La salud en México es un derecho por lo tanto "toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

En México aproximadamente el 55 por ciento de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social (IMSS O ISSSTE). El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que actualmente México cuenta con aproximadamente un 6 por ciento de población sin cobertura oficial de servicios de salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Los servicios de atención de la salud en México se encuentran divididos en 3 niveles de atención, en el primer nivel se ubican los centros de salud, clínicas de atención primaria o unidades de medicina familiar donde se atienden la mayoría de los problemas más frecuentes. En el segundo nivel se encuentran los hospitales generales que cuentan con cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna, en donde se ofrece internamiento y consulta. En el tercer nivel están las unidades hospitalarias altamente tecnologizadas con atención de sub-especialistas.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

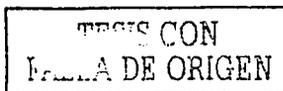
Independientemente del nivel de atención hospitalaria, el psicólogo conductual puede desempeñar un importante papel contribuyendo al logro de objetivos médicos y aumentar así el bienestar del paciente. Su participación puede incluir el tratamiento ante falta de adherencia médica (Cheney, 1996), preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas (López Roig, Pastor, Rodríguez Marín, 1993), manejo del dolor crónico (Fordyce, 2001; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983), cambio de hábitos (Matarazzo, 1984), regulación de la hipertensión arterial (Ortiz Viveros y Ehrenzweig Sánchez, 1998), tratamiento del patrón conductual tipo A el cual es un factor de riesgo coronario (Reynoso Erazo & Seligson, 1997; Roskies, 1987), autocontrol de la diabetes (Beneit Medina, 1994; Pérez Alvarez, 1993), enfrentamiento con una enfermedad incurable (Ellis y Abrams, 1980; Ellis y Abrams, 1994), tratamiento de depresión y ansiedad con pacientes hospitalizados (Greenberger y Padesky, 1995; Wright, Thase, Beck y Ludgate, 1993) entre otras.

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y LA MEDICINA CONDUCTUAL

La Medicina Conductual es fundada en 1978 en la Ciudad de Chicago como "Society of Behavioral Medicine" empezando a editarse el boletín "Behavioral Medicine Update" y aparece el primer número de la revista "Journal of Behavioral Medicine" (Bayés, 1985). En 1979 Pomerleau y Brady establecen la siguiente definición:

La medicina conductual puede definirse como a) el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta -terapia conductual y modificación de conducta- para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pomerleau y Brady, 1979, p. xii).

Por su parte la psicología de la salud es el agregado de contribuciones específicas educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud-enfermedad y disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y formación de políticas de salud (1982, p. 4, citado en Parafino, 1994, p. 14).



Los orígenes de la psicología de la salud pueden rastrearse a finales de la década de los sesenta y más ampliamente en los setenta. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la medicina conductual y la bioretroalimentación, que en esos momentos tenían en Estados Unidos un gran auge. Miller, Hefferline, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Sterman fueron algunos de los asesores de los países que se iniciaron en el campo (Rodríguez y Rojas, 1998). En 1978 se creó la división de Psicología de la salud en la American Psychological Association (Sarafino, 1994). La revista *Health Psychology* empezó a publicarse cuatro años después de manera oficial. En el surgimiento de la psicología de la salud influyó el cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad aumentando la incidencia de enfermedades crónico degenerativas versus las infecciosas; aquellas están determinadas no por lo que *tienen* las personas sino por lo que *hacen* (Latorre Postigo, 1992; Pomerleau y Brady, 1979). Es decir, los factores de riesgo asociados con las principales causas de mortalidad caen dentro del rubro denominado "estilo de vida" (hábitos de comportamiento).

Se torna en ocasiones difícil realizar una distinción entre la Psicología de la Salud y la medicina conductual ya que ambas mantienen aspectos semejantes. Buela - Casal y Carrobbles (1996) realizaron una comparación con respecto a su objeto de estudio, al énfasis de los tratamientos y el número de personas en que se realiza la intervención. Así pues se llegó a las siguientes conclusiones.

	OBJETO	MODELO	ÉNFASIS	SUJETOS
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos físicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud	Conductual y psicométrico	Prevención y promoción de la salud.	Comunidad

Buela-Casal y Carrobbles, 1996, p. 9

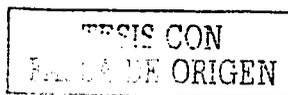
La psicología de la salud destaca por su énfasis en la salud, la prevención y la promoción de la misma especialmente en niveles comunitarios. Por otro lado, la medicina conductual dirige sus acciones a personas con enfermedades físicas en un nivel predominantemente individual para dar tratamiento en los correlatos emocionales, cognitivos o conductuales que se asocian con el trastorno físico utilizando un enfoque cognitivo conductual para la valoración e intervención (White,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2001). Aunque en términos teóricos es posible establecer la diferencia en la práctica es difícil encontrar en las publicaciones tal diferenciación (Bayés, 1985).

En México en 1986 se establece el primer programa de formación a nivel de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, un programa académico universitario de nivel maestría en la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones de la secretaría de salud para el desarrollo del programa, lo que permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención.

A partir de 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud. Este tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria.



PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". Para el 19 de Junio de 1962, se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México" (Viveros Contreras, 2000). Después del sismo de septiembre de 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de Septiembre de 1989. Actualmente existe el Hospital Juárez del centro de la ciudad de México y el Hospital Juárez ubicado en el norte de la ciudad. En el segundo se realizó la rotación.

Ubicación de la sede:

El HJM se encuentra Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, México, D.F.

Nivel de atención:

El hospital es de segundo nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades.

Servicios del hospital que ofrece el HJM:

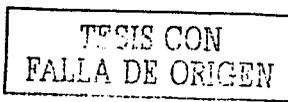
Está constituido por 7 edificios, 50 consultorios, 10 quirófanos, 4 niveles en la torre de hospitalización, 10 aulas, un auditorio, bibliohemeroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas. En el hospital se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades (Vargas Martinez, 2000).

Servicio al que se encontró adscrito el residente de Medicina Conductual:

El servicio se realizó en Oncología el cual funciona en el hospital desde que éste se fundó, actualmente dicho servicio cuenta con el siguiente personal:

- Un jefe de servicio
- 7 Médicos adscritos
- 10 Residentes de oncología
- 13 Enfermeras por turno
- 1 Jefa de enfermeras por consulta externa y una por hospitalización
- 1 Trabajadora Social
- 4 Residentes de Psicología del programa de la UNAM

La especialidad de los médicos de este servicio son Cirujano oncólogo,



Radiooncólogo, Oncólogo médico, prótesis maxilofacial.

Líneas de autoridad:

El residente de medicina conductual tiene como primera autoridad al jefe de servicio. En el caso de permisos de vacaciones se debía solicitar autorización también al jefe de enseñanza y al supervisor académico, así como también avisar a la CORSAME (Comisión de Salud Mental)

Supervisor in situ

Durante la estancia en el hospital el Supervisor *in situ* fue el Psic. Miguel Sandoval, adscrito al servicio de psicología del hospital pero debido a diferencias teóricas nunca se recibió alguna supervisión.

Supervisor ex sito (Académico):

En un inicio fue el Psic. Isaac Seligson N. posteriormente el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo fue quién proporcionó la supervisión con él se comentaban los casos, los proyectos de trabajo de trabajo y de Investigación. Así mismos nos proporcionaba bibliografía necesaria para ampliar nuestros conocimientos sobre los pacientes oncológicos.

SERVICIO DE ONCOLOGIA

El Cáncer representa un grupo de enfermedades caracterizadas por la multiplicación incontrolada y anárquica de ciertas células en el organismo, produce un crecimiento anormal de las células, hasta convertirse en masas de tejidos llamados tumores, los cánceres pueden surgir en cualquier órgano del cuerpo, aunque algunos sitios son afectados más frecuentemente que otros.

Los tumores se clasifican en benignos o no cancerosos y malignos o cancerosos. Los tumores benignos sólo crecen hasta un determinado tamaño, no crecen muy rápido, no destruyen células normales, no se propagan al tejido y normalmente no producen efectos secundarios graves. Los tumores malignos se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La muerte se produce cuando la propagación del cáncer daña los tejidos y los órganos vitales, de tal manera que no pueden funcionar.

El cáncer puede ser causado por causas externas al cuerpo, o por causas internas. Los factores externos que pueden causar el cáncer incluyen el estar expuesto a determinados productos químicos como el benceno y el asbesto (amianto) solventes, gases del escape del automóvil, exposición a las radiaciones del sol, exposición a niveles altos de rayos X, exposición a radiaciones electromagnéticas, dieta con gran cantidad de grasas y poca fibra, consumo de tabaco, abuso de las bebidas alcohólicas o de determinadas drogas. Los factores internos que pueden causar cáncer incluyen la obesidad, las infecciones causadas por virus, como la hepatitis B crónica y un historial familiar en el que exista el cáncer.

La prevención más eficaz del cáncer es la detección precoz y por ello la autoexploración, los estudios de prevención, de forma periódica son fundamentales. La aparición de algún nódulo sospechoso indica la realización de una biopsia del mismo, esto supone tomar un pequeño trozo del nódulo y analizarlo al microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Si el análisis detecta células cancerosas se realizarán otros estudios de extensión, con el objetivo de establecer el grado de severidad de la enfermedad clasificándola por etapas.

Las posibilidades de supervivencia al cáncer dependen del lugar del cuerpo en que se encuentre la enfermedad y de las clases de tratamiento utilizadas. Hay diversas formas de tratar el cáncer: La Cirugía, quimioterapia, radioterapia, criocirugías, Respuesta biológica (BRM) o inmunoterapia. Los avances médicos han logrado que el

paciente logre vivir por periodos más largos; lo que implica sufrimiento y una necesidad de adaptarse al impacto del diagnóstico, tratamiento y el desajuste emocional al que está expuesto, estas situaciones generan en los pacientes niveles elevados de estrés. Además de las perturbaciones fisiológicas propias de la enfermedad, el paciente enfrenta una crisis total que afecta su equilibrio psíquico.

REPERCUSIONES PSICOLOGICAS EN LOS PACIENTES ONCOLOGICOS

Ultimamente el cáncer ha constituido una de las principales causas de mortalidad en nuestro país ocupando el segundo lugar en los años recientes de acuerdo a estadísticas de la SSA (1999). Esta enfermedad afecta no solo a quienes la padecen sino también a las personas cercanas a quien la adquiere ya que en la mayoría de las familias se presentan cambios en los estilos de vida y la dinámica de la familia cambia. La forma en que una persona enfrenta una situación estresante depende principalmente de los recursos de que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada. Los pacientes oncológicos generan una gran variedad de cambios conductuales debido a lo abrupto e inesperado de su nueva condición; en ocasiones se vuelven incapaces de resolver la mayoría de las situaciones generadas a raíz de su enfermedad (Seligson & Reynoso,

Existen estudios que señalan la presencia de alteraciones psicológicas en el paciente con cáncer. En un estudio sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, Henrichs y Carnicke, 1983), los autores estudiaron a una muestra de 215 pacientes encontrando que los trastornos adaptativos ocuparon el 68% de los casos, los trastornos afectivos el 13%, los trastornos orgánicos mentales (demencia presenil, demencia con depresión y síndrome orgánico cerebral) el 8%, el trastorno de personalidad y abuso de alcohol el 7%, los trastornos de ansiedad el 4% y los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico constituyeron el 53%. Probablemente el principal inconveniente de este estudio reside en su antigüedad; es decir, hay que determinar si los hallazgos siguen siendo vigentes. En este sentido, Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden (1997) realizaron una revisión meta-analítica de 58 artículos relacionados con las secuelas psicológicas del diagnóstico de cáncer y encontraron significativamente más depresión, ansiedad y distrés general en estudios antiguos (entre 1980 y 1988) que en estudios más recientes (de 1987 a 1994). En lo que respecta a la prevalencia de trastornos psicológicos los

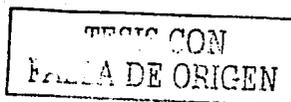
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

porcentajes de pacientes con un trastorno depresivo estuvieron en un rango del 0 al 46% y el porcentaje de pacientes con ansiedad fue del 0.9% al 49%.

Dado que la enfermedad del cáncer constituye un evento de alto impacto al paciente, es posible considerar que, el sólo hecho de conocer el diagnóstico influya en el estado emocional de los enfermos. Por ejemplo, Hyodo, Eguchi, Takigawa, Segawa, Hosokawa, Kamejima e Inone (1999) realizaron un estudio sobre el impacto psicológico entre pacientes con cáncer de pulmón, en el momento de su hospitalización y en el momento de conocer su diagnóstico. Estudiaron a 171 pacientes los cuales fueron valorados con la escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital que tiene dos grupos de preguntas, uno para ansiedad y otro para depresión. De la muestra de 171 pacientes, sólo 119 (69.6%) completaron la serie de cuestionarios, y encontraron que la proporción de pacientes con ansiedad se incrementó del 37% durante la admisión a 50% después de conocer el diagnóstico y para depresión el aumento fue del 27% en la admisión al 31% al saber el diagnóstico. En otra investigación se obtuvo un resultado diferente. Kugaya, Akechi, Okuyama, Nakano, Okamura, Uchitomi (2000) estudiaron un grupo de pacientes (n=107) recién diagnosticados con cáncer en cabeza y/o cuello. 4 tuvieron depresión mayor y 17 tenían antecedentes de depresión mayor. Como puede observarse, parece que no todos los pacientes diagnosticados con cáncer sufren de depresión en la misma proporción.

Además del diagnóstico, existe la posibilidad de que los tratamientos dados a los pacientes con cáncer también influyan modificando sus estados emocionales. En este sentido, Hopwood y Stephens (2000) reportaron en su estudio a personas con cáncer de pulmón de células pequeñas y de células grandes (n=987). Usaron la escala de depresión y ansiedad en el hospital y encontraron que la prevalencia de depresión antes del tratamiento fue del 33% (322 de 987 pacientes) y de ansiedad del 34% (334 de 987 pacientes) además de que hubo concurrencia de depresión y ansiedad en 21% de los pacientes.

En pacientes recientemente diagnosticados de un tumor la respuesta inmediata es seguida por un periodo de inestabilidad emocional marcado con ansiedad elevada, estado de ánimo depresivo y reducción de las actividades diarias. Estas reacciones se presentan como adaptación a la enfermedad. Los estudios realizados sobre la presencia de ansiedad en pacientes con cáncer reportan una prevalencia variable lo cual puede ser explicado al considerar algunas variables como el sitio del tumor

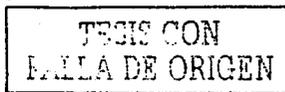


primario. Así por ejemplo, Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, y Piantadosi (2001) realizaron un estudio sobre la presencia de distrés psicológico de acuerdo con el sitio de cáncer tomando en cuenta 14 diagnósticos. Aplicaron el "Brief Symptom Inventory" (BSI), una escala que mide el distrés en tres escalas generales: depresión, ansiedad y hostilidad, a una muestra de 4496 pacientes obteniendo 24.1% de casos con ansiedad siendo los pacientes con cáncer de pulmón quienes obtuvieron un mayor puntaje, seguido de los pacientes con cáncer de páncreas, en dicho estudio no se discute si el distrés es causado por el cáncer o si es un síntoma del mismo.

La ansiedad ha sido también asociada al tipo de tratamiento recibido. Por ejemplo Santosh, Chaturvedi, Chandra, Channabasavanna, Anantha, Reddy y Sanjeev (1996) reportaron la prevalencia de ansiedad en pacientes que recibieron radioterapia en la India aplicando la escala de ansiedad y depresión en hospital a 100 pacientes antes durante y después de concluir el tratamiento, encontrando un incremento significativo en la frecuencia de ansiedad (de 46% a 64%) después de iniciar la radioterapia. Al interrogar a los pacientes sobre el tratamiento encontraron numerosos miedos e información errónea sobre los efectos secundarios de la radioterapia sugiriendo que la mala información puede contribuir a los altos niveles de ansiedad reportados por los pacientes.

Cuando el paciente es informado de su diagnóstico y pronóstico frecuentemente reacciona de acuerdo con las "fases del duelo" propuestas por la psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1969/1975): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El enfermo no pasa necesariamente por todas las etapas ni en el orden mencionado. El duelo no sólo puede presentarse en el paciente sino también en los familiares del enfermo. Por ejemplo, en una investigación de Ringdal, Jordhey, Ringdal y Kaasa (2001) se reporta la evolución del duelo en familiares de pacientes que fallecieron de cáncer. Utilizaron como instrumento de medición el "Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)" en 183 familiares detectando mayores puntajes en la escala durante los primeros 3 meses posteriores al fallecimiento. Los puntajes disminuyeron de manera importante a los 6 meses del fallecimiento y se mantuvieron relativamente de la misma forma hacia los 13 meses ulteriores al fallecimiento.

Pocos estudios hay sobre las recomendaciones para comunicar una mala noticia sobre el diagnóstico, éstos se encuentran basadas generalmente en evidencia



empírica, además de enfocarse principalmente en cómo comunicar el diagnóstico, haciendo poco énfasis en la discusión de las opciones de tratamiento y el pronóstico. Gómez Sancho (1998) reporta que se hace más daño callando la información que comunicándola. Refiere que los pacientes pueden sufrir un sentimiento de inseguridad debido a que esto lo perciben como falta de interés por parte de los profesionales de la salud hacia su proceso de enfermedad así como falta de información respecto a lo que les pueda suceder en un futuro inmediato.

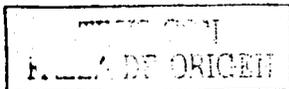
ACTIVIDADES DESARROLLADAS

El servicio de Oncología tiene como objetivo principal proporcionar tratamiento a pacientes que han desarrollado algún tipo de Cáncer, los tratamientos más utilizados son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia. Las implicaciones que conlleva el hecho que a una persona se le diagnostique con algún tipo de cáncer y más aún que tenga que ser sometida a procedimientos invasivos ha contribuido a que se perciba al Psicólogo como el profesionalista que apoye en todo el proceso de tratamiento a estos pacientes. Al menos esta es la visión que se tiene por el Jefe de Servicio de Oncología y por el equipo médico.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROGRAMA
DESARROLLADO

CONSULTA EXTERNA:

Durante los primeros 6 meses nos encontramos ubicadas en la consulta externa de Oncología. Para atender las clínicas existentes en el servicio (Mama, Radioterapia, Cabeza y cuello, Quimioterapia y Ginecología) el plan fue dividirnos las clínicas de manera que por nuestra parte se trabajó con las pacientes de los servicios de Mama, Quimioterapia, Urgencias y Biopsia, mientras que los servicios de Cabeza y cuello y Radioterapia fueron cubiertos por otra residente de psicología, el servicio de Ginecología se nos restringió la atención a esos pacientes ya que éstos eran vistos por otra psicóloga la cual realizaba un protocolo de atención psicológica.



OBJETIVOS:

- Evaluar problemas psicológicos con técnicas cognitivo conductuales a pacientes con Cáncer
- Proporcionar terapia cognitivo - conductual

ACTIVIDADES DIARIAS:

A las 8:00 a.m. a 9:00 a.m. aproximadamente de Lunes a Viernes se realizaba pase de visita en hospitalización con todo el equipo de médico, trabajo social y psicología (residentes) de Oncología se revisaban a todos lo pacientes internados proporcionando explicación médica y en ocasiones psicológica al jefe de servicio y los miércoles al jefe de Cirugía. Una vez concluida la visita procedíamos a bajar a la consulta externa o a quedarse en hospitalización.

Para la captación de los pacientes nos encontrábamos en las consultas de cada clínica, es decir ingresábamos a las consultas médicas y al estar ahí se captaban a los pacientes bien porque el médico nos los refería en ese momento, el paciente solicitaba el apoyo o porque se identificaban algún tipo de problemática en el paciente.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN CONSULTA DE MAMA FUERON LAS SIGUIENTES:

- Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama (de recién diagnóstico las que iban a ser intervenidas quirúrgicamente).
- Se identificaron a pacientes que presentaban síntomas de depresión en la consulta proporcionándoles terapia cognitivo conductual.
- Se realizó intervención en crisis a los pacientes a los cuales se les notificaba de una recaída
- Se proporcionó apoyo con técnicas cognitivo - conductuales a pacientes que por alguna intervención médica presentaban dolor, síntomas de ansiedad, miedo, generalmente éstos derivados de ideas irracionales y si no era el caso se canalizaba con médico tratante.
- Se revisaban los expedientes para conocer los resultados de las biometría hemática, resultados de biopsias, de gamagrama óseo para poder así preparar a las pacientes en caso de recaída utilizando principalmente inoculación del estrés, esto no siempre era posible ya

- que no siempre se podía contar con los estudios con anterioridad.
- Se investigaba sobre los tratamientos a ofrecer a los pacientes con el fin de ampliar la información, resolver dudas y trabajar en fortalecer la adherencia terapéutica.
 - Se revisaban los expedientes clínicos para estar informado de tratamientos psicológicos recibidos anteriormente por los pacientes y de todo el seguimiento clínico psicológico y médico de los pacientes
 - Se trató de contar con la mayor información de cada uno de los pacientes vistos en consulta.
 - Se proporcionó apoyo a familiares de pacientes (con información sobre el cáncer y sus tratamientos, apoyándolos en la solución de problemas, en toma de decisiones, se realizó intervención en crisis, se manejó depresión, apoyo en el manejo de duelo anticipatorio, etc.)
 - Se evaluó si existía conciencia de enfermedad en los pacientes
 - Se preparó a pacientes para procedimiento quirúrgicos. (Es importante mencionar que esta preparación fue para pocos pacientes ya que esta labor la realizan las residentes que se encuentran ubicadas en piso, pero por petición de los pacientes se realizó esta intervención).
 - Se dio seguimiento a los pacientes que lo requerían o solicitaban.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN CONSULTA DE QUIMIOTERAPIA FUERON LAS SIGUIENTES:

- Se amplió la información acerca de que es Quimioterapia, sus efectos colaterales, como se aplica, número probable de ciclos, cuidados, etc. Siempre con el acuerdo previo del Oncólogo Médico
- Se proporcionó terapia cognitivo conductual a pacientes en el momento de la aplicación de la quimioterapia que presentaban síntomas de ansiedad o de vómito anticipatorio, ya sea proporcionándoles relajación diafragmática e imaginaria y a través de desensibilización sistemática.
- Se atendió a pacientes que presentaban depresión, ansiedad, falta de adherencia a la quimioterapia, u otro problema conductual.
- Se proporcionó apoyo a familiares de pacientes (con información sobre el cáncer y sus tratamientos, apoyándolos en la solución de problemas, en toma de decisiones, se realizó intervención en crisis, se manejó depresión, apoyo en el manejo de duelo anticipatorio, etc.)
- Se proporcionó seguimiento a los pacientes que lo requerían y lo solicitaban.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO EN BIOPSIAS Y URGENCIAS FUERON LAS SIGUIENTES:

- Se proporcionó terapia de apoyo a los médicos al momento de realizarse procedimiento de biopsias a los pacientes a través de técnicas de distracción, de relajación a través de respiración diafragmática.
- Se proporcionó apoyo a los familiares de los pacientes que se encontraban en urgencias en ese momento.

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, FORMA DE EVALUACIÓN Y TÉCNICAS UTILIZADAS EN PACIENTES CON CÁNCER

A continuación se exponen de manera general el resumen de las alteraciones psicológicas, la forma de evaluación principalmente utilizada y las técnicas que mayormente se aplicaban en los pacientes atendidos en el HJM, es importante mencionar que no siempre fue posible aplicar las técnicas descritas con la rigurosidad que cada una conlleva.

PACIENTES DE LA CLÍNICA DE CABEZA Y CUELLO

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
❖ Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depresión ❖ Alteraciones en la imagen corporal ❖ Falta de adherencia a los tratamientos ❖ Incapacidad para tomar decisiones relacionados con la cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración cognoscitiva ❖ Detención del pensamiento ❖ Preparación para procedimientos invasivos (información, relajación) ❖ Retroalimentación positiva ❖ Desensibilización sistemática ❖ Toma de decisiones ❖ Fortalecimiento de adherencia terapéutica

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PACIENTES DE LA CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ansiedad ❖ Crisis de angustia ❖ Problemas en la relación de pareja ❖ Falta de adherencia a los tratamientos ❖ Incapacidad para tomar decisiones ❖ Falta de apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intervención en crisis ❖ Entrenamiento en relajación ❖ Reestructuración cognoscitiva ❖ Fortalecimiento de adherencia Entrenamiento en toma de decisiones y habilidades sociales

PACIENTES DE LA CLINICA DE MAMA

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depresión ❖ Ansiedad ❖ Crisis de angustia ❖ Problemas en la relación de pareja ❖ Dificultad para tomar decisiones ❖ Falta de apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intervención en crisis ❖ Entrenamiento en relajación ❖ Reestructuración cognoscitiva ❖ Entrenamiento en toma de decisiones y habilidades sociales ❖ Retroalimentación positiva

PACIENTES DE LA CLINICA DE TUMORES MIXTOS

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de Duelo ❖ Ansiedad ❖ Dificultad para tomar decisiones ❖ Falta de apoyo social 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manejo de duelo ❖ Fortalecimiento de la Adherencia ❖ Entrenamiento en relajación ❖ Entrenamiento en toma de decisiones y habilidades sociales ❖ Retroalimentación positiva

TEJIS CON FALLA DE ORIGEN

PACIENTES DE LA CLINICA DE RADIOTERAPIA

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
Entrevista	❖ Falta de adherencia al tratamiento	❖ Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica

PACIENTES DE LA CLINICA DE QUIMIOTERAPIA

EVALUACIÓN	ALTERACIONES PSICOLÓGICAS	TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depresión ❖ Crisis de angustia ❖ Vómito anticipatorio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intervención en crisis ❖ Detención de pensamiento ❖ Entrenamiento en relajación ❖ Reestructuración cognoscitiva ❖ Intervención en crisis ❖ Desensibilización sistemática

Como se puede observar, las alteraciones emocionales más comunes en pacientes con cáncer son ansiedad y depresión. Aunque puede considerarse normal que este distrés emocional acompañe al cáncer y a su tratamiento, muchos pacientes experimentan niveles clínicamente significativos esto se identificaba por lo referido en cuanto a la satisfacción del paciente y/o la afectación de sus áreas labora, social, etc. La prevalencia de alteraciones psicológicas significativas en la población de pacientes con cáncer se ha estimado en un rango de 23 a 66% (Telch y Telch, 1986).

La depresión mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, son los trastornos depresivos más comunes en esta población. Los reportes sobre la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer varían considerablemente desde aquellos en que el porcentaje es igual al de la población general hasta los que indican que es de 2 a 10 veces mayor. Existe evidencia que sugiere que el suicidio es mayor en pacientes con cáncer oral, de faringe y de pulmón (Bolund, 1985). Como se ha asociado causalmente la depresión y la desesperanza con el suicidio, es posible considerar que el grado en que los pacientes con cáncer experimentan estos sentimientos incrementa la vulnerabilidad al suicidio como una opción para lidiar con el cáncer.

La forma más común de ansiedad en pacientes con cáncer es de naturaleza reactiva, producto del diagnóstico, dolor, efectos colaterales de la medicación, condición física y problemas psicosociales relacionados. Entre los trastornos de ansiedad más frecuentes en este grupo se encuentran las fobias, el estrés postraumático y el vómito anticipatorio.

El cáncer y sus tratamientos se asocian también con otros problemas. Por ejemplo, en estadios avanzados de todo tipo de cáncer, aproximadamente el 70% de los pacientes presentan dolor significativo durante su tratamiento (Foley y Sundaresen, 1985). Otros problemas incluyen disfunciones sexuales, fatiga, pérdida del cabello, abandono, dificultades alimenticias, alteraciones en la imagen corporal, disminución de autoestima.

Asimismo, se presentan una gran diversidad de problemas interpersonales con la pareja, la familia, los hijos, los amigos y en diferentes situaciones (trabajo, profesión, educación, religión, dinero, sexo, diversión y fijación de metas). La mayoría de los pacientes abandonan su trabajo o son despedidos. Muchos de ellos deben depender de los demás para satisfacer incluso sus necesidades básicas.

El cáncer aun mantiene el estigma de "sentencia de muerte" o de que puede ser contagioso de alguna manera. Estas ideas erróneas provocan mayores complicaciones tanto para los pacientes como para su familia. La gente puede avergonzarse de su diagnóstico aislándose o evitando el contacto con los demás. Dado que la literatura sugiere un efecto positivo del apoyo social percibido, el aislamiento puede resultar particularmente problemático. Por otra parte, la gente puede no saber como responder a la familia de los pacientes con cáncer o rechazarlos por temor a un "contagio".

El ambiente social también puede resultar problemático para los pacientes que presentan limitaciones físicas por fatiga, debilidad muscular, neuropatía o amputación. Las personas que estén recibiendo quimioterapia deben limitar su participación en actividades sociales que impliquen permanecer en lugares públicos donde estén en contacto con fuentes de infección, ya que su sistema inmunológico se encuentra comprometido. Asimismo, las personas con cáncer tienen menos oportunidad de conocer gente nueva o de participar en eventos sociales durante su tratamiento y recuperación.

ENTRADA CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO

Por las propias características del servicio el diagnóstico es decir, no se contaba con un espacio físico para atender a los pacientes, los pacientes encontraban en crisis o bien presentaban ataque al estado general, entre otros aspectos, debido a esto el diagnóstico se realizaba solamente a través de la entrevista clínica y de la observación directa de los síntomas presentados por los pacientes, ya que en un 98% de los pacientes atendido aquí presentaban se les proporcionó Intervención en Crisis porque acababan de recibir el Diagnóstico, se les confirmaba su enfermedad, se les daba la noticia de una recaída, debían seguir en tratamiento con quimioterapia, se les informaba que quedaba fuera de manejo médico.

RESULTADOS: Los resultados eran proporcionados tanto al paciente como a los familiares, se le explicaba de manera detallada y utilizando siempre un lenguaje adecuada para su edad, condición social y nivel educativo.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

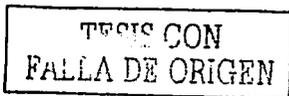
La evaluación de los resultados se establecía a partir de lo referido por el paciente (evaluación subjetiva, por la observación de la disminución de los síntomas, lo referido por los familiares y por el equipo de médicos, así mismo por las acciones que llevaba a cabo el paciente, sobre todo aquellos en los que se realizaba toma de decisiones para cirugía o algún otro procedimiento médico o bien lo relacionado con la adherencia al tratamiento.

ELABORACION DE NOTAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL HJM

Cada vez que se atendía a un paciente se realizaba una nota psicológica en el expediente clínico con el modelo del SOAP (S= Subjetivo, O= Objetivo, A= análisis y P= Plan) este modelo es utilizado en el hospital y se nos pidió que utilizáramos el mismo modelo. En ocasiones se nos presentaban algunas dificultades como el hecho que no estaban los expedientes por lo que se tenían que solicitar en otro momento para poder escribir la nota de psicología y revisar el caso.

CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES

Las acciones psicológicas de intervención se realizaron principalmente en el pasillo ya que no se contaba con un consultorio de psicología para proporcionar el apoyo, los días miércoles que son académicos en el hospital lo cual implica que no se dan consultas se podían utilizar los consultorios médicos entre semana se nos llegó a



proporcionar un cuarto cerca de la sala de aplicación de radioterapia el cual se encontraba en muy malas condiciones para trabajar.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROGRAMA DESARROLLADO

HOSPITALIZACIÓN

El programa desarrollado se llevó a cabo en Piso debido a que anteriormente se había rotado 6 meses por consulta externa. En este servicio estaba el antecedente del trabajo de 6 meses llevado a cabo por 2 compañeras residentes por lo que se facilitó la inducción al trabajo en piso.

En el área de piso se encuentran los pacientes que ingresan en general por 3 causas:

1. Los que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica de todas las clínicas quirúrgicas (Mama, Ginecología, Cabeza y cuello y tumores mixtos)
2. A los pacientes que se les va a aplicar Quimioterapia de larga duración (5 días)
3. Los pacientes que llegan a urgencias en malas condiciones (deshidratados, nadir complicado, dolor, obstrucción intestinal, ascitis, entre otras causas)
4. En pocas ocasiones se ingresan a las pacientes que son potencialmente curables y que carecen de recursos económicos para recibir la radioterapia.

Es preciso mencionar que las pacientes del área de Ginecología no fueron atendidos por disposición del médico adscrito a dicho servicio ya que refirió que otra psicóloga estaba desarrollando un protocolo de investigación. Es de importancia señalarlo ya que el 40% aproximadamente de los pacientes que ingresan a piso son provenientes de este servicio lo cual limitaba nuestro trabajo o bien no se podía reportar en el expediente que se había atendido a una pacientes que lo requería del servicio de ginecología.

OBJETIVOS:

- ❖ Proporcionar terapia cognitivo conductual para preparación de pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas
- ❖ Detección de problemas de ansiedad, depresión, etc. en pacientes hospitalizados

- ❖ Proporcionar terapia de apoyo a pacientes terminales

ACTIVIDADES DIARIAS DEL RESIDENTE DE PSICOLOGIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA (PSIO)

METODOS GENERALES. La dinámica de participación de las residentes de psicología fue la siguiente:

Se pasa visita a las 8:00 A. M. Con el jefe de servicio y todos los residentes (el día miércoles en compañía del jefe de cirugía) se pasa cama por cama revisando a cada paciente (se presentan cada uno y se menciona su diagnóstico, estado actual, procedimientos siguientes a realizar, etc.). Hay ocasiones en las que el Jefe de servicio pregunta a las residentes de psicología sobre el estado de salud mental de algún paciente o bien se hacen algunos comentarios o recomendaciones. A las 9:00 A. M aproximadamente se termina el pase de visita y se baja a dar la consulta externa, las residentes de psicología encargadas de consulta externa bajan a los consultorios mientras que las residentes de psicología encargadas de piso se quedan a atender a los pacientes internados. En promedio hay entre 15 y 20 pacientes internados los cuales se encuentra en un rango de 5 a 15 días existiendo también pacientes que pueden durar hasta 2 ó 3 meses internados por diversas causas.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CON LOS PACIENTES INTERNADOS EN PISO DEBIDO A LA APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA FUERON LAS SIGUIENTES:

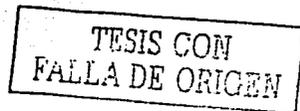
- Con el conocimiento ya adquirido previamente de acerca de la enfermedad y los tipos de tratamientos se proporcionaba información acerca de la Quimioterapia, sus efectos colaterales, como se aplica, número de ciclos, precauciones de la Quimioterapia, etc.
- Se identificaron a pacientes que presentaban síntomas depresivos proporcionándoles apoyo psicológico.
- Se realizó intervención en crisis a los pacientes que se les dio el diagnóstico de cáncer o bien la confirmación de una recaída (aunque es raro que se den malas noticias en piso hubo ocasiones en las que sucedió por lo que se tuvo que proporcionar el apoyo)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Se proporcionó apoyo con técnicas cognitivo - conductuales a pacientes que por alguna intervención médica presentaban dolor, síntomas de ansiedad, miedo, ante la aplicación de la quimioterapia
- Se trabajaba con los pacientes que presentaban vómito anticipatorio con técnicas de relajación y desensibilización sistemática.
- Se trabajaba en fortalecer la adherencia al tratamiento previniendo abandono del tratamiento ya sea por los efectos colaterales de la quimioterapia o bien pacientes que serían sometidos a algún procedimiento médico (cirugías mayores, cateter, etc.) y solicitaban alta voluntaria.
- Se revisaban los expediente para estar informado de tratamientos psicológicos recibidos anteriormente por los pacientes.
- Se trato de contar con la mayor información de cada uno de los pacientes vistos en consulta.
- Se proporcionó apoyo a familiares de pacientes (con información sobre el cáncer y sus tratamientos, apoyándolos en la solución de problemas, en toma de decisiones, se realizó intervención en crisis, se manejó depresión, apoyo en el manejo de duelo anticipatorio, etc.)
- Se evaluó si existía conciencia de enfermedad en los pacientes
- Se proporcionó seguimiento a los pacientes que lo requerían y lo solicitaban.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CON LOS PACIENTES INTERNADOS DEBIDO A QUE SERIAN SOMETIDOS A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FUERON LAS SIGUIENTES:

- Se identificaban a los pacientes que serian intervenidos quirúrgicamente en los cuales se les preparaba para la cirugía pero dicha preparación variaba dependiendo del tipo de cirugía a realizar.
- Se utilizaban técnicas de relajación en sus diversas modalidades para la mayoría de los pacientes que iba a ser intervenidos pero variaba dependiendo del tipo de cirugía, funcionalidad, impacto en la imagen corporal, incapacidad.
- Con las pacientes que se les realizaría mastectomía mucho del trabajo estaba enfocado a la imagen corporal, se fomentaban la redes de apoyo sobre todo del esposo.
- A los pacientes que se les practicaría comandos (cirugías muy grandes



en las que estaba muy comprometida la función de algún órgano, la imagen corporal, incertidumbre del pronóstico) el trabajo estaba enfocado a toma de decisiones (decidir si quiere operarse o no), preparación para cambios en el estilo de vida, fomentar las redes de apoyo (personas significativas para los pacientes), adherencia terapéutica.

- Con pacientes jóvenes que se practicaron cirugías que comprometían su posibilidad de procrear el trabajo se enfocó en gran medida a la toma de decisiones, cambios en el estilo de vida, búsqueda de otras opciones, comunicación con la pareja.
- Al mismo tiempo en cada pacientes se identificaban la presencia de síntomas ansiosos o depresivos se daba tratamiento cognitivo conductual y en casos necesarios se pedía el apoyo de psiquiatría para tratamiento farmacológico.
- Se proporcionó apoyo a familiares de pacientes (con información sobre el cáncer y sus tratamientos, apoyándolos en la solución de problemas, en toma de decisiones, se realizó intervención en crisis, se manejó depresión, apoyo en el manejo de duelo anticipatorio, etc.)
- Se proporcionó seguimiento a los pacientes que lo requerían y lo solicitaban.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CON PACIENTES TERMINALES FUERON LAS SIGUIENTES:

- Se proporcionó apoyo a los médicos en el momento de dar malas noticias tanto al paciente como a los familiares.
- Se proporcionó terapia de apoyo al paciente terminal resolviendo dudas, ayudándole a solucionar pendientes, a tomar decisiones (sedarse o no en caso necesario).
- Se ayudaba al paciente a estar lo más tranquilo posible, que pasara el menos dolor posible, trabajar con síntomas ansiosos en general se daba terapia de apoyo.
- Se trabajó con los familiares sobre manejo del duelo anticipatorio, resolver dudas, buscar redes de apoyo, despedida del paciente.
- Se ofrecía a los familiares la posibilidad de canalización a apoyo psicológico en caso necesario.

LAS ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CON PACIENTES EN SEGUIMIENTO FUERON LAS SIGUIENTES:

NOTA: Aunque eran pocos los pacientes a los cuales se les podía dar seguimiento, algunos pacientes que se habían visto en consulta externa y por alguna razón se internaban los atendía generalmente la residente de psicología que ya había establecido el enlace terapéutico. Así mismo se cerraron con ellos todos los pendientes antes de que la rotación terminara.

- Si era un paciente que se había visto en consulta externa se daba el seguimiento de acuerdo a lo anteriormente expuesto enfatizando el tratamiento a la problemática antes detectada
- En ocasiones se hablaba con la familia para solicitar su apoyo, para negociar sobre peticiones del paciente, para dar información acerca de la evolución de paciente (siempre cuidando no proporcionar información que debía dar el médico tratante como por ejemplo: notificar una recaída)
- Si era necesario se canalizaba a el área de psicología del mismo hospital o bien a otras instituciones dependiendo del problema de conducta diagnosticado.

DIAGNOSTICO

Por las propias características del servicio, es decir, los pacientes se encontraban canalizados lo cual dificultaba que pudieran contestar algún instrumento o bien presentaban ataque al estado general o náuseas, etc. el diagnóstico se realizaba solamente a través de la entrevista clínica y de la observación directa de síntomas presentados por el pacientes, ya que en un 98% de los pacientes atendido se dificultaba el poder realizar toda una entrevista muy estructurada debido a que la mayoría no estaba en condiciones médicas para realizar una entrevista o aplicarle una serie de instrumentos de evaluación, aunado a esto que el porcentaje de pacientes con analfabetismo es muy elevado.

RESULTADOS

Los resultados de la intervención se proporcionaban directamente con el paciente uno o dos días después en el caso de pacientes hospitalizados o en las citas subsecuentes en el caso de pacientes externos. La forma en que se observaban los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resultados era verbalmente o con el uso de registros aunque estos fueron poco utilizados.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La forma en que se identificó si las intervenciones psicológicas fueron eficaces fue a partir de que el problema psicológico identificado había sido resuelto y ya no constituía un obstáculo para el logro de objetivos médicos.

ELABORACION DE NOTAS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL HJM

Cada vez que se atendía a un paciente se realizaba una nota psicológica en el expediente clínico con el modelo del SOAP (S= Subjetivo, O= Objetivo, A= análisis y P= Plan) este modelo es utilizado en el hospital y se nos pidió que utilizáramos el mismo modelo.

CONTEXTO DE LAS INTERVENCIONES

Las acciones psicológicas de intervención se realizaron principalmente junto a la cama del paciente y aunque se contaba con un pequeño espacio (cuarto de máquinas) no siempre se podía utilizar ya que se compartía con los médicos, además la mayoría de nuestros pacientes no se podía levantar de sus camas secundario a la enfermedad, a intervenciones, ataque al estado general, etc. En ocasiones el trabajo se complicaba ya que algunos pacientes se les dificultaba hablar de su problemática teniendo de lado a otros 5 pacientes, por lo que siempre que se pudiera se corrían las cortinas para dar mayor privacidad. A los familiares de los pacientes se les atendía en el pasillo del piso de hospitalización y cuando era posible en el cuarto de máquinas.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Resulta difícil que se pueda exponer el plan de intervención de cada uno de los pacientes debido a que cada paciente presentaba una problemática diferente y la evolución de la enfermedad impedía que los objetivos y métodos de intervención fueran homogéneos, debido a esto a continuación se describe de una manera general otras técnicas utilizadas. (Dichas técnicas fueron descritas en el segundo reporte de residencia).

- La imaginación guiada (Brigham, Davis y Cameron-Sampey, 1994) fue una técnica utilizada con los pacientes a los cuales se les realizaría alguna intervención quirúrgica y se encontraban con alguna sintomatología ansiosa.

Así mismo se utilizó con pacientes que se encontraban recibiendo quimioterapia y presentaban vómito anticipatorio.

- La relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1983) y la respiración diafragmática (Wilson, 1987) fue utilizada con pacientes en los cuales se necesitaba fortalecer el autocontrol entre los cuales se encontraban aquellos que presentaban largas estancias hospitalarias, los que fueron intervenidos quirúrgicamente y se utilizó también en familiares de algunos pacientes.
- El modelo de la terapia racional emotiva (Dryden y Ellis, 1989; Walen, Diguseppe & Dryden, 1992) fue empleado constantemente con los pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente sobre todo (mastectomías, orquiectomías, etc.) o los que se rehusaban a recibir tratamiento con quimioterapia sustentado esto por los efectos colaterales del tratamiento.
- La técnica de solución de problemas y toma de decisiones (D'Zurilla y Nezu, 1999) se utilizó principalmente en aquellos pacientes a los cuales se le realizaría alguna intervención quirúrgica llamadas "comandos" los cuales se caracterizan por ser cirugías muy extensas y que generalmente comprometían funciones cognitivas (habla, cognición) además de comprometer la estética de los pacientes. Así mismo la incidencia de cáncer de testículos en pacientes jóvenes fue muy alto el tratamiento para la mayoría de estos pacientes es realizar una orquiectomía (extracción de uno de los testículos) lo cual provocaba rechazo al tratamiento; la técnica de solución de problemas fue de gran ayuda con estos pacientes, así también lo fue con los familiares de los con pacientes terminales ya que estos fueron los que tenían que tomar la decisión de sedar o no a su paciente, de llevarse o no a casa por esta fuera de tratamiento, entre otras causas.

En la mayoría de los casos se utilizaban las técnicas de manera combinada, es decir, con un paciente si se encontraba muy ansioso se iniciaba con una técnica de relajación y posteriormente se utilizaba terapia racional emotiva esto era dependiendo del problema, de la urgencia médica y de las características propias del paciente.

EJEMPLO DE CASO: RECIEN DIAGNOSTICO

Paso 1. Captación de la paciente

Los médicos residentes del servicio de oncología canalizan a paciente por ser de recién diagnóstico y la observaron "nerviosa".

Paso 2. Recabar datos generales de la paciente.

Paciente femenina de 35 años hospitalizada por ataque al estado general es de recién diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino.

Paso 3. Evaluación psicológica.

La paciente refiere "que casi no puede respirar" menciona estar muy afectada por el diagnóstico del médico. La paciente se encuentra en estos momentos sola, el esposo fue a realizar una diligencia. Encuentro a paciente consciente, orientada, dificultad para el habla, se observa con disnea, sudoración de manos, inquietud, presenta miedo a morir, parestesias, su frecuencia respiratoria se encontraba en ese momento de 30/ por minuto.

Paso 4. Planteamiento del problema.

Debido al impacto del diagnóstico la paciente impresiona con ataque de pánico. La paciente presenta ansiedad debido a su dificultad respiratoria. Se encuentra en un círculo vicioso: no puede respirar y se pone ansiosa, con el aumento de la ansiedad aumenta la percepción de la dificultad respiratoria, al observar mayor dificultad respiratoria aumenta la ansiedad, y así sucesivamente.

Paso 5. Intervención.

Objetivo: Disminuir el ataque de pánico por la dificultad respiratoria (tranquilizar a la paciente)

Técnica: Intervención en crisis , respiración diafragmática.

Paso 6. Para iniciar nos presentamos con la paciente mencionándole que éramos de psicología, referimos que el médico nos avisó que se encontraba un poco nerviosa por el impacto del diagnóstico. La paciente empezó a llorar y tener dificultad respiratoria. Por ello se le pidió que empezara a respirar como lo estaba haciendo la terapeuta para tratar que la paciente siguiera la respiración, se le dificultó al principio pero posteriormente al ser guiada se le facilitó. Una vez que se logró que la paciente pudiera respirar se le fue intercalando dos respiraciones cortas y una más profunda, así por unos 10 minutos, la paciente logró tranquilizarse y poder hablar pero más tranquila, al momento de iniciar el diálogo en cuando mencionaba algo que tenía que ver con la palabra cáncer la paciente se alteraba un poco manifestado por llanto fácil por lo que se pidió que siguiera respirando como se le enseñó y se le proporcionó una breve explicación de por qué respirar de esa manera tan distinta a como comúnmente se respira. Posteriormente se le empezó a normalizar sus reacciones, es decir, se le dijo a la paciente que lo que ella está sintiendo y pensando es "normal" ya que la mayoría de los pacientes que pasa por la misma experiencia presentan reacciones similares, etc.

Al terminar la normalización de reacciones la paciente se encuentra mejor de hecho su frecuencia ha bajado a 21/minuto. En ese momento llegó el residente médico porque necesitaba terminar de explicarle a la paciente algunos datos del diagnóstico y los tipos de tratamiento. La paciente pudo recibir la información del médico estando más tranquila; en ese momento llegó su esposo el cual también sirvió como apoyo.

Resultados:

La paciente refirió sentirse más tranquila de hecho pudo atender a las prescripciones del médico.

La nota psicológica escrita en el expediente en esa fecha fue la siguiente.

NOTA DE PSICOLOGIA

s. La paciente refiere sentirse muy mal por el diagnóstico dado por el médico de cáncer cervicouterino, menciona que no puede respirar muy bien.

o. Paciente conciente, orientada, se encuentra alerta, inquieta, con llanto fácil, se muestra cooperadora, dificultad para respirar, hiperhidrosis palmar.

a. Impresiona con ataque de pánico secundario a la recepción del diagnóstico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

p. Se utilizó técnica de intervención en crisis logrando disminuir su frecuencia respiratoria a 21/minuto, pudiendo atender al residente. La paciente refirió sentirse más tranquila. Se canalizó con la Psic. Leticia ya que es la encargada de proporcionar el apoyo psicológico a las pacientes del servicio de Ginecología.

Psic. Shirley Rubio

Psic. Gabriela Olascoaga

Evaluación de los resultados:

Los resultados pueden establecerse a partir de lo referido por la propia paciente y los médicos residentes.

TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

La autora de este reporte participó como asistente, ponente y en publicaciones:

Participación como asistente:

Psicosalud 2000: 3ª Conferencia Internacional de Psicología de la Salud.

Ministerio de Salud de la Habana, Cuba.

27 de noviembre al 1 de diciembre del 2000.

Psicología Hospitalaria: el manejo interdisciplinario de los padecimientos psicológicos y orgánicos.

Hospital Juárez de México. 6 al 10 de noviembre del 2000.

Reflexiones sobre el enfermo terminal y la muerte.

Instituto Estatal de Cancerología de Acapulco. 28 al 30 de septiembre del 2000.

Participación como ponente:

"Detección de patrón conductual tipo A en médicos del Hospital Juárez de México (SSA)". 5º Congreso internacional sobre conductismo y ciencias de la conducta. 7 de octubre de 2000, Xalapa, Veracruz.

Publicaciones

Alcázar-Olán, R., Baltazar-Flores, A., Luna-Rojero, M., Rubio-Carrasco, S. (2000). *Detección de Patrón Conductual Tipo A en Médicos del Hospital Juárez de México*. Memorias del 5º Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Xalapa, Veracruz.

Alcázar Olán, R., Bazán Borges, A., Rojano García, L., Rubio Carrasco, S., Mercado Corona, D. y Reynoso Erazo, L. (2001). Valoración Psicológica para Trasplante Renal. *Revista del Hospital Juárez de México*. 68 (1): 19-23.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Las características de la supervisión están detalladas en el documento "Plan de estudios de maestría en psicología profesional: programa de residencia en medicina conductual" (Reynoso & Seligson, 1999) que se entregó a los alumnos de recién ingreso en septiembre de 1999.

En el documento se señala que... "la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias en los alumnos" (p.37).

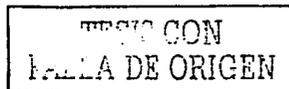
Supervisión in situ

El supervisor *in situ* fue el psicólogo Miguel Sandoval, adscrito del Hospital Juárez. Su formación y práctica profesional es con enfoque psicodinámico por lo que existía hacia nosotros una distancia teórica importante como consecuencia de esto desde el inicio de nuestra rotación en el hospital nunca se nos proporcionó supervisión alguna ya sea para supervisar casos clínicos o para apoyo de material bibliográfico. A pesar de no tener algún tipo de relación en cuanto a la supervisión el trato con el psicólogo Sandoval siempre se mantuvo en términos de respeto hacia nuestro trabajo.

Es importante señalar en este punto que si la maestría es en Medicina Conductual lo esperado sea que el supervisor *in situ* cuente con la formación cognitivo-conductual requerida para desempeñar el trabajo necesario, por ello sugerimos que para próximas generaciones se considere la importancia real de contar con un supervisor *in situ* y sobre todo que cuente con la formación académica acorde a la maestría.

Supervisión académica

El primer supervisor asignado fue el Psic. Isaac Seligson N. posteriormente el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo quien asistía en promedio una vez a la semana. Con él se comentaban los casos clínicos difíciles para mejorar la práctica clínica así mismo siempre se preocupó por identificar las necesidades que se nos presentaban en la residencia y apoyarnos con material bibliográfico.



El supervisor se mantuvo en contacto constante asistiendo al hospital y coordinó un trabajo para la "Detección de patrón conductual tipo A en residentes del Hospital Juárez" en el cual participamos. El trabajo se expuso en el 5° Congreso internacional sobre conductismo y ciencias de la conducta del 7 de octubre de 2000 en Xalapa, Veracruz.

Durante su asistencia se revisaría el libro "Manual de inoculación del estrés" (Meichenbaum, 1985) en conjunto con los demás residentes de psicología y en presencia del coordinador. La actividad no se realizó principalmente porque el tiempo de supervisión se utilizaba para comentar casos.

Como sugerencia para próximas generaciones está que la supervisión se lleve a cabo en el momento en el cual el residente se encuentre proporcionando consulta o desarrollando alguna técnica específica con el paciente (en la interacción residente - paciente y el supervisor) ya que es ahí el momento en el cual se necesita del apoyo de los supervisores, ya que al exponer los casos clínicos se hacen en abstracto aunque no deja de ser enriquecedor.

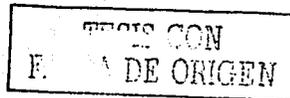
En términos generales, puede evaluarse que la supervisión académica ha sido satisfactoria.

TRIC CON
FALLA DE ORIGEN

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

En base al perfil de egreso establecido y el cual se nos proporcionó al ingresar a la Maestría considerando la residencia, considero haber estado desarrollando las siguientes competencias:

- Trabajo en coordinación con equipo multidisciplinario (médicos adscritos, residentes, enfermeras, trabajadoras sociales, etc)
- Aplicación de diferentes técnicas cognitivo conductuales
- Realización de intervenciones psicológicas con el fin de responder a las necesidades de los pacientes y del servicio de trasplante renal.
- Manifestación de respeto y compromiso en relación con la satisfacción de la demanda de los pacientes.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Actualización permanente en temas relacionados con el Cáncer
- Revisión de Artículos de Cáncer y problemas psicológicos
- Apego a normas Institucionales
- Actualización permanente en cuanto a psicología y trasplantes.
- Asistencia con disciplina y puntualidad a las actividades diarias
- Adaptación al espacio de trabajo y sus limitantes
- Reconocer las limitantes académicas y clínicas y solicitar ayuda



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Esta rotación de un año en el HJM insertada en el servicio de Oncología ha permitido crecer ampliamente como profesionalista, sobre todo al tener la oportunidad de aplicar a pesar de las limitaciones lo aprendido de manera teórica en el curso propedéutico acerca de las técnicas cognitivo conductuales con paciente con enfermedad crónica terminal como lo es el cáncer.

No es fácil abrir espacios de atención psicológica y aún más difícil aceptar la propuesta de trabajo con el enfoque cognitivo conductual en su mayoría por un desconocimiento acerca del marco teórico práctico por ello no fue fácil la inserción pero tampoco constituyó un obstáculo difícil de superar.

La residencia en hospital brinda la oportunidad de satisfacer necesidades a diversos niveles (paciente, hospital, servicio, familiares).

A pesar de que la medicina conductual nos ofrece un amplio rango de acción ya sea en trabajo clínico o de Investigación y esto hace que el conocimiento logrado sea más fuerte combinar ambas se torna un tanto difícil ya que la demanda de atención a pacientes es muy elevada por lo que el trabajo de Investigación se ve limitado, a pesar de ello en este año se lograron algunas pequeñas Investigaciones coordinadas principalmente por el supervisor académico y el tutor. La sugerencia para esto es poder realizar investigaciones de caso único o de poblaciones pequeñas para lo cual es necesario mayor entrenamiento.

Estamos totalmente de acuerdo que la supervisión es de suma importancia como se describe en el plan de estudios de la maestría pero en este año consideramos pertinente y como antes ya se ha mencionado dos consideraciones. 1: Que el supervisor in situ tenga formación acorde a la maestría es decir cognitivo conductual, 2: que la supervisión académica sea proporcionada al momento de que el residente se encuentre con el paciente o sus familiares, de esta manera la retroalimentación y el aprendizaje se potencializará, lamentablemente el supervisor no puede tener acceso a los pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra sugerencia es revisar la posibilidad de lograr espacios físicos para la atención de pacientes ya que las condiciones en las que generalmente se trabajaba con los pacientes o familiares no eran las más adecuadas.

IMPRESO CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:
INSTITUO NACIONAL DE PEDIATRIA

- HEMATOLOGIA
- INMUNOLOGIA
- SALUD MENTAL (CONSULTA EXTERNA)

SEDE CON
FALLA DE ORIGEN

ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS

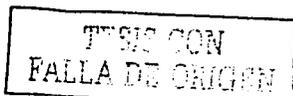
La salud de los niños constituye no sólo un derecho a nivel mundial, como se refiere en la Carta de los Derechos del Niño, ratificados en la Cumbre Mundial para el Desarrollo de la Infancia, celebrada el 30 de septiembre de 1990, sino el elemento clave para forjar naciones con adultos productivos como 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.

Pediatría Conductual

Dentro del desarrollo de esta nueva disciplina enmarcada por el campo de la Psicología de la Salud, se ha derivado un 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 elevar su nivel de calidad de vida. La Pediatría Conductual se desprende de esta área que se ha venido desarrollando en respuesta al esfuerzo multidisciplinario de atención al niño.

El papel del psicólogo dedicado a la Pediatría Conductual es, entre otros, fungir como colaborador o asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso pediátrico en conjunción con otros profesionales de la salud. Como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a distintas enfermedades, en diversos ámbitos y circunstancias para: primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría; y segundo, mejorar la calidad de vida del paciente tanto en los ámbitos institucionales (hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, etc.) como en su hogar.

Dentro de la investigación e intervención que se lleva a cabo en la Psicología Pediátrica un área esencial son los frecuentes problemas de ajuste en el niño a la enfermedad crónica o con dolor y/o a los procedimientos médicos estresantes del tratamiento. Los trastornos de ansiedad y depresión derivados de las limitaciones físicas y sociales que provoca la enfermedad; así como los trastornos mentales conductuales secundarios a daño en SNC cuando la enfermedad ataca este importante órgano.



LEUCEMIA

Para Ham y Cormark (citados por Salas, 1988), normalmente las células de un organismo presentan una reproducción ordenada, de modo que los tejidos gastados son reemplazados y las lesiones reparadas, a la vez que el crecimiento del organismo prosigue. Sin embargo, en ocasiones ciertas células experimentan un cambio anormal y se inicia un proceso de crecimiento incontrolado. A la masa de tejido que prolifera sin relación con el tipo o la velocidad de crecimiento de los tejidos normales y que es capaz de crecimiento independiente después de que cesa el estímulo que la ha producido se le denomina neoplasia. Dependiendo del comportamiento biológico de esta neoplasia, podemos hablar de neoplasias benignas o malignas; a las neoplasias malignas se les llama cáncer. Así, bajo el término de cáncer se agrupan las afecciones en las cuales un conjunto de células, en el seno de un organismo pluritissular, escapan a los mecanismos de regulación que aseguran un equilibrio entre los tejidos compatible con la vida. (Amiel, 1978).

La leucemia ha sido definida como una proliferación neoplásica generalizada de uno de los tejidos leucopoyéticos, habitualmente acompañada de invasión de la corriente sanguínea y producción temprana o tardía de metástasis, con mayor o menor grado de desorganización de los tejidos invadidos. (Salas 1988 y Bello 1983).

La leucemia por tanto, no es una enfermedad de la sangre sino de los tejidos formadores de la sangre. Sin tratamiento presenta una alta tasa de mortalidad debido, principalmente, a la insuficiencia medular.

Las leucemias se clasifican desde el punto de vista morfológico, tomando en cuenta la predominancia de la línea celular implicada, en linfocítica, mielocítica y monocítica. Las más frecuentes son las dos primeras, predominando la linfocítica. Conforme al grado de supervivencia de los pacientes, se consideran las formas aguda y crónica, siendo la aguda la más frecuente. Es así que las leucemias más comunes son: Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL) y Leucemia Aguda Mielocítica (LAM).

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA

LEUCEMIA

La oncología como todas las ramas de la medicina, requiere de procedimientos médicos invasivos que permitan establecer un diagnóstico y pronóstico

RECIBO CON
FALLA DE ORIGEN

precisos; algunos de estos procedimientos son indispensables durante el tratamiento del cáncer pediátrico. De estos procedimientos los que se repiten con mayor frecuencia son: la venopunción, la punción lumbar y el aspirado de médula ósea. Estos procedimientos invasivos son parte esencial del manejo y fuente importante de dolor y ansiedad en los niños.

Cualquier persona que forme parte del equipo de salud puede ser testigo de que durante estos procedimientos los niños experimentan estrés en forma de llanto, gritos, hostilidad, conducta poco cooperativa y agresión, incluso es común que presenten ansiedad anticipatoria y es común que estos síntomas se incrementan conforme se le somete a más procedimientos y la evolución se hace más crónica.

McGrath, Hsu, Cappelli, Luke, Goodman y Dunn-Geier en 1990 reportaron que el aspirado de médula ósea es percibido por los niños como el procedimiento más doloroso y estresante seguido por la punción lumbar y las venopunciones. (Ellis y Spanos, 1994)

- **VENOPUNCIÓN**

Este es el procedimiento más frecuente en el diagnóstico y tratamiento de la leucemia. Es necesaria para realizar el estudio de biometría hemática y se lleva a cabo por lo menos cada tres semanas. Por otro lado, muchos de los medicamentos del tratamiento antineoplásico se administra por vía endovenosa y dado que los ciclos de quimioterapia se aplican cada mes durante todo el tratamiento (de dos a tres años), la venopunción es uno de los procedimientos que más incrementan la respuesta de ansiedad en el niño con el paso del tiempo. Es importante mencionar que las venas sufren un deterioro que dificulta su localización conforme aumenta el número de abordaje en éstas. En este sentido se debe recordar que la respuesta fisiológica de estrés normal implica vasoconstricción, por lo que frente a situaciones de ansiedad, realizar una venopunción es mucho más difícil y requiere de mayores intentos, lo cual hace que el niño sea sometido a una situación de tensión y dolor prolongada, generando una experiencia negativa que posteriormente se reactiva frente a cualquier indicio del medio que anteceda una venopunción.

- **PUNCIÓN LUMBAR**

A través de el espacio intervertebral se toma una muestra de líquido cefalorraquídeo para: descartar infiltración al SNC, para estadificar tumores sólidos con origen dentro y/o fuera del SNC, para dar seguimiento al tratamiento de neoplasias con origen dentro y fuera del SNC y para administración de quimioterapia intratecal. (Rivera, 1994).

TRACCIÓN
FALLA DE ORIGEN

Aunque este procedimiento se lleva a cabo aproximadamente cada mes como monitoreo, cuando en el protocolo de tratamiento es necesaria la administración de medicamento vía intratecal, este procedimiento se llega a realizar hasta cada tercer día durante dos semanas, lo cual aumenta considerablemente la ansiedad y dolor en el niño. Al respecto es frecuente observar que en casos de ansiedad anticipatoria la sedación no es suficiente y el niño se torna poco cooperador por lo que en ocasiones es necesario sujetarlo. Esto implica una acción aversiva por lo que el niño se muestra más renuente. Además frecuentemente se observa que el personal médico y paramédico no explica los procedimientos en forma clara y consistente, por lo que el niño no tiene la posibilidad de elaborar la información y la incertidumbre es mayor.

- **ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA**

Los objetivos de este procedimiento son: diagnóstico de leucemia o metástasis, estadificación de tumores sólidos, realización de estudios citogenéticos, citoquímicos o inmunológicos en células neoplásicas y evaluar la respuesta de la neoplasia ante el tratamiento.

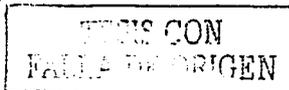
Consiste en aspirar el material del canal medular mediante una jeringa para obtener una muestra de sangre sinusoidal en la que se encuentran suspendidas las células hematopoyéticas.

Este procedimiento es considerado de los más dolorosos dado que es necesario perforar el hueso para obtener el material de estudio y se aplica con una alta frecuencia, es por eso que debe llevarse a cabo siempre bajo anestesia local. Hay autores que recomiendan sedación e incluso anestesia endovenosa, sin embargo según Rivera (1994) en su experiencia en el INP esto no es necesario cuando se sigue una técnica adecuada y más aún si se toma que los niños se someten al procedimiento en repetidas ocasiones y que el riesgo de la anestesia no es despreciable. Esto plantea la necesidad de una serie de técnicas para disminuir la percepción del dolor.

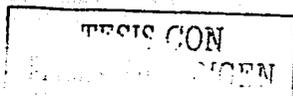
INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN DOCUMENTADA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Son numerosos los estudios dedicados a reducir la ansiedad y el estrés ante procedimientos médicos tanto en adultos como en pacientes pediátricos.

- Langer, Janis y Wolfer, (1975) observaron que pacientes que reciben entrenamiento en revaloración cognitiva y atención selectiva para centrarse en los aspectos más positivos de su hospitalización, requieren menos anestesia para el dolor postquirúrgico que los pacientes que solo reciben información sobre la cirugía.



- Por otro lado, se ha visto que la incertidumbre incrementa la ansiedad y provoca un decremento en la tolerancia de dolor, mientras que la reducción de la incertidumbre incrementa la tolerancia. Siguiendo esta línea Johnson, Rice, Fuller y Endress (1978) han investigado los efectos de proveer información sensorial en pacientes para ganar control cognitivo sobre aversión o dolor en procedimientos médicos. Básicamente han encontrado que brindar una descripción detallada de las sensaciones físicas que el paciente puede esperar durante un evento amenazante reduce el estrés o pánico asociado a este evento. La información sensorial que el paciente debe recibir para este efecto incluye lo que va a sentir, oler, ver y oír. Al respecto, Gil (1984) encontró que brindar información puede ser más efectivo combinándolo con un entrenamiento en habilidades cognitivas.
- Edgar, Rosberger y Nowlis (1992) en un estudio con pacientes con cáncer encontraron resultados favorables al implementar un tratamiento que consistió en cinco sesiones y estuvo enfocado a mejorar las estrategias de afrontamiento del paciente para dar un sentido de control personal a través de relajación, reestructuración cognoscitiva y solución de problemas.
- McGrath y Unruh (1987) reportaron correlaciones positivas entre los niveles de endorfinas y los estados de relajación en un estudio con 25 niños con leucemia que sufrieron de punción lumbar rutinaria.
- Spirito, Stark y Gil (1995) observaron que pacientes pediátricos con enfermedades crónicas entrenados en estrategias de afrontamiento activas como distracción atencional y autoafirmaciones positivas tienen menos visitas de emergencia al hospital que los que utilizan estrategias pasivas como rezar.
- Dahlquist, Gil, Armstrong, Ginsberg, y Jones (1985) entrenaron a un grupo de niños con cáncer en relajación, control de la respiración, imaginaria guiada y autoafirmaciones positivas observando una significativa disminución de ansiedad en éstos.
- Everly (1979) realizó un estudio para ver los efectos de la respiración diafragmática en los índices de activación fisiológicos y psicológicos y observó que esta técnica es capaz de reducir los índices de ansiedad en la evaluación electromiográfica y autorreportes en solo 60 segundos.



- Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle y Shorr (1990) utilizaron exitosamente cuatro elementos para una intervención dirigida a disminuir el estrés durante la venopunción en niños con cáncer: distracción atencional, sustituir una respuesta indeseable por una conducta positiva, reforzamiento positivo y el involucramiento de los padres.

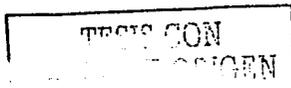
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

El trastorno por déficit de atención es un padecimiento psiquiátrico de inicio en la infancia, caracterizado por una falla persistente en los mecanismos para el mantenimiento de la atención. Este desorden puede manifestarse en cualquier etapa del desarrollo infantil; sin embargo, la mayoría de los casos son diagnosticados en el curso de la educación primaria. Se reporta una prevalencia aproximada del 20% en la población pediátrica, con una distribución mayor en el sexo masculino y una relación aproximada de 4 a 1.

En la literatura se reconoce una etiología multifactorial, con evidencias de una influencia genética, un patrón autosómico dominante asociado a factores medioambientales como son el tabaquismo materno durante el embarazo, el estrés materno, factores inmunológicos, el sufrimiento fetal, el bajo peso al nacer, problemas perinatales, traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, la presencia del síndrome alcohólico materno fetal, cuadros de encefalitis en la infancia e intoxicación por plomo.

Para realizar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención se han propuesto varios criterios. En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta versión DSM IV, se plantean los siguientes criterios clínicos.

1. Fallas para mantener la atención a detalles.
2. Errores por falta de cuidado en el trabajo escolar u otras actividades.
3. Dificultad para mantener la atención en tareas y juegos.
4. A menudo no parece escuchar cuando se les habla.
5. por lo general tienen problemas para seguir instrucciones y para terminar tareas o actividades empezadas (no debidas a un trastorno oposicionista ni a dificultades para comprender instrucciones).
6. Tiene dificultad para organizar tareas y otras actividades.
7. Evita, le disgusta o se muestra refractario a involucrarse en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido.
8. Generalmente pierde cosas necesarias para la realización de tareas o actividades, como juguetes, material escolar y herramientas.
9. Se distrae con facilidad ante estímulos externos.
10. Olvidadizo en actividades cotidianas.



Se toman en cuenta los siguientes criterios clínicos para la actividad e impulsividad.

1. Frecuentemente juega con sus manos o se mueve en su asiento.
2. Abandona su asiento en clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. Corre o brinca excesivamente en situaciones en que es inapropiado (en adolescentes y adultos puede limitarse a sensaciones subjetivas de inquietud).
4. Tiene dificultad para jugar o desarrollarse en actividades callado.
5. Siempre está encendido o actúa como si tuviera un motor que lo impulsara.
6. Generalmente habla en exceso.
7. Responde antes de que hayan formulado las preguntas completas.
8. Generalmente tiene dificultades para esperar turno o es intruso con otras personas, interviene constantemente en pláticas de otras personas o en juegos.

El establecimiento del diagnóstico requiere de al menos 6 de los síntomas de alguna de las áreas antes mencionadas, con una persistencia mínima de 6 meses, el inicio del cortejo sintomático deberá considerarse antes de los 7 años de edad. Los síntomas deberán sustentarse como inconsistentes con el nivel de desarrollo. Además de la evidencia de la causalidad de los síntomas, como limitantes del funcionamiento global, refiriéndose a los social, ocupacional, académico, etc. Los síntomas no deben formar parte de un trastorno profundo del desarrollo, esquizofrenia, ni otros desórdenes psicóticos y no podrán ser atribuidos a otros trastorno mental, como cuadros afectivos, disociativos, o trastornos de la personalidad.

Existen 3 subtipos clínicos dentro del diagnóstico, de acuerdo con el predominio de una u otra área.

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de tipo Mixto: este es el más común y comparte los criterios de inatención, hiperactividad e impulsividad.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de déficit de atención.
3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de hiperactividad e impulsividad.

Es recomendable que se ueda realizar el diagnóstico diferencial entre el nivel de actividad apropiado para la edad del paciente que la cual, en ocasiones es reportada como anormal para los padres, cuando estos no tienen un nivel adecuado de tolerancia y empatía. Así mismo, se deberá realizar diferenciación con los trastornos de aprendizaje sin déficit de atención, con trastornos de conducta, problemas de ajuste, trastornos de ansiedad, trastornos profundos del desarrollo y psicosis.

No se realizará el diagnóstico en niños bajo efecto de medicamentos que disminuyan la atención o aumenten el nivel de actividad.

INVESTIGACIONES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.

- En un estudio realizado por Chelune, en 24 niños con TDA, se observó que en este grupo completaron menos categorías y tuvieron más errores perseverativos que los controles, lo que implica alteraciones en aquellas tareas que requieren de la atención sostenida, la flexibilidad cognoscitiva y la regulación de la actividad dirigida a metas a través del uso de la retroalimentación medioambiental.
- En el mismo artículo de Barkely evaluaron el efecto de la hiperactividad en la ejecución de las pruebas neuropsicológicas, mientras se intentó controlar la posible influencia de un trastorno de aprendizaje coexistente. Solo se incluyeron varones, formando cuatro grupos: 12 niños con TDAH, 12 niños con TDA, 11 niños con trastorno de aprendizaje y 12 niños sin TDA o trastorno de aprendizaje. A diferencia de las otras investigaciones, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los puntajes del Wisconsin. Sin embargo, los autores reconocieron el bajo poder estadístico por el tamaño reducido de la muestra.
- En el estudio realizado por Dawn se demostró que los TDA con alteraciones cognoscitivas generalizadas pueden inhibir las respuestas impulsivas a lo largo de varias tareas experimentales, como es el Winsconsin, por lo que sugieren que la impulsividad no es el factor comportamental más importante en el bajo rendimiento de tareas de rendimiento y memoria; más bien, la incapacidad para el control directo y sostenido de la atención, parece ser el centro de la deficiencia de este padecimiento, ya que estos niños presentan una reducción importante en el número correcto de estímulos detectados en tareas de distractibilidad. Estas alteraciones sugieren el compromiso de sistemas localizados en el lóbulo parietal derecho, encargado de la atención sostenida.

Russell Barkley en 1999 describió 14 principios básicos para la crianza de un niño con TDAH

- Dar al niño más retroalimentación y consecuencias inmediatas
- Proporcionar al niño retroalimentación más frecuente
- Utilizar más grandes y poderosas consecuencias
- Utilizar incentivos antes que castigos

- Y Externalizar el tiempo y utilizar parámetros de tiempo cuando sea necesario
- Y Externalizar la información importante en el punto de ejecución
- Y Externalizar la fuente de motivación en el punto de ejecución
- Y Hacer pensar y presentar de forma concreta la solución de problemas
- Y Ser consistente
- Y Actuar, no amenazar
- Y Prever situaciones problemáticas
- Y Mantener la perspectiva de una discapacidad
- Y No personalizar los problemas del niño o sus trastornos
- Y Practicar el perdón

LES (LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO)

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un padecimiento autoinmune crónico con componente inflamatorio muy importante, que cursa con periodos de remisiones y exacerbaciones, que puede tener repercusiones en varios órganos, aparatos y sistemas, por un ataque directo de autoanticuerpos o por cambios secundarios en el metabolismo. Uno de los principales sistemas que puede atacar es el Sistema Nervioso Central.

Esto puede traer repercusiones a nivel conductual y cognitivo, sobre todo cuando se presentan alteraciones neuropsiquiátricas. Detectar la presencia de estas alteraciones, es importante para manejar en forma adecuada al paciente con lupus, e impedir que la alteración sea mayor.

El LES es una enfermedad crónica multisistémica, que se caracteriza por daño tisular causado por autoanticuerpos y complejos inmunitarios patógenos. Dentro de las anomalías básicas del Lupus se encuentran además de la activación de autoanticuerpos, la incapacidad de suprimir su producción y acción. La enfermedad puede ser heterogénea en su presentación y está caracterizada por frecuentes exacerbaciones y remisiones.

El peso de los factores etiopatogénicos no es bien conocido, pero se considera de etiología multifactorial, es decir se sabe que existe influencia de factores: genéticos, hormonales y ambientales (químicos, radiación y virales). En los factores hormonales existe un predominio en mujeres, el inicio es con frecuencia en los periodos cercanos a la menarca, durante el embarazo o en el periodo posparto y se ha vinculado también con anticonceptivos orales y en particular con los que contienen estrógenos. Los estrógenos aumentan la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

producción de autoanticuerpos y son capaces de ocasionar depresión de la inmunidad celular.¹⁷

Los factores ambientales más comúnmente encontrados son la relación entre la exposición a la radiación ultravioleta, la relación con procesos infecciosos (virus y bacterias) y la exposición a metales pesados como cadmio, mercurio, oro y otros químicos relacionados con la producción de anticuerpos antinucleares como sílice, pesticidas, polivinilo y otros. Un factor importante es la participación de medicamentos en la inducción de anticuerpos antinucleares y LES: procainamida, hidralazina, clorpromazina, isoniazida, propiltiouracilo y anticonvulsivantes. Por último la relación entre LES e implantes de silicón y desnutrición proteicoalcalórica.

El LES es una enfermedad de distribución mundial que afecta a todas las razas aunque es de mayor gravedad en la raza negra, tiene predominio por el sexo femenino en la proporción de 9:1 hasta 4:1. La edad de inicio puede variar de 2 a 76 años de edad, siendo más frecuente en la etapa productiva (entre 20 y 40 años), y reproductiva de la vida, en niños y adolescentes.

En sus comienzos puede afectar sólo un órgano o sistema y después aparecer manifestaciones adicionales y afectar a múltiples órganos, la intensidad del cuadro varía de mínimo intermitente hasta persistente y mortal. Las manifestaciones clínicas más comunes son las siguientes:

- Aparato músculoesquelético, casi todos los lúpicos sufren artralgiyas y mialgiyas y en muchos se observa artritis. Las alteraciones de la piel, el pelo y las mucosas ocupan el segundo lugar entre las manifestaciones clínicas (85% de los casos) El clásico eritema facial en alas de mariposa ocurre en 52%. Además se presentan problemas renales, cardiovasculares, conjuntivitis, pleuropulmonares, gastrointestinales, neuropsiquiátricas, hematológicas, entre otras diversas.
- En la literatura revisada hay pocos estudios sobre las características y la evolución de LES en niños que involucre Sistema Nervioso Central así como su pronóstico. Sin embargo, Hanson afirma que él LES en niños es una enfermedad grave que tiene un 50% de mortalidad, mientras que Walravens en 1967 muestra una tasa de mortalidad alrededor del 36%.
- Las manifestaciones clínicas en niños, pueden variar al igual que en los adultos, frecuentemente, los pacientes presentan uno o dos síntomas de LES y posteriormente desarrollan otros. De toda la gama de alteraciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se presentan en él LES son de nuestro interés las relacionadas con desórdenes en Sistema Nervioso Central (SNC), los cuales se manifiestan con frecuencia, a través de alteraciones neuropsiquiátricas, o bien a través de alteraciones cognitivas que pueden presentarse desde un déficit imperceptible hasta un franco deterioro intelectual.

INVESTIGACIONES DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)

En la revisión de la literatura son pocas y recientes las investigaciones con respecto a las alteraciones cognitivas en niños con LES, encontrándose mayor información en cuanto a la investigación realizada en adultos.

- Se ha encontrado que un gran porcentaje de pacientes con LES presentan problemas neurológicos y psiquiátricos a nivel Sistema Nervioso central. Se estimación que se ha hecho hasta el momento de la frecuencia de estos problemas en pacientes con lupus va del 14% al 75% dependiendo de la clasificación que se haga: causas, grado de alteración, duración, entre otras.
- La patología del SNC relacionada con LES puede ser separada según McCune en eventos primarios, en los cuales las alteraciones inmunológicas actúan directamente sobre el SNC; y en alteraciones de SNC secundarias, que son las que resultan del daño indirecto por otro sistema afectado, también afirma que las alteraciones neuropsiquiátricas presentadas por pacientes con LES han sido divididas en tres categorías: disfunciones cerebrales no focalizadas, crisis convulsivas y eventos focalizados.

Ante la evidencia de que el LES puede involucrar directa o indirectamente a SNC, hay investigaciones que demuestran la presencia significativa de alteraciones cognitivas en pacientes con LES.

- La prevalencia de LES que involucra a SNC es muy variable, con rangos del 25% al 75%, dependiendo de la metodología diagnóstica.
- El Colegio Americano de Reumatología desarrolló un sistema de nomenclatura para definir los casos de lupus neuropsiquiátrico debido a que se han reportado síndromes neuropsiquiátricos en los pacientes durante el estado activo de la enfermedad tales como psicosis, demencia, alteraciones en la memoria, concentración, desórdenes cerebro-vasculares, alteraciones cognitivas, mielopatía, etc.

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Turkel(2001) Encontró que en niños con lupus activo estaban presentes síntomas neuropsiquiátricos, además de que presentaban un bajo nivel de atención y concentración.
- En el estudio realizado por Kozora, se examinó el funcionamiento cognitivo y psicológico con relación a la proteína antiribosomal P en pacientes con LES que no hayan tenido antecedentes de alteraciones previas en el cerebro, encontraron que los niveles altos de esta proteína no están asociados con anomalías psicológicas o cognitivas, pero estos pacientes si presentaban déficit cognitivo, lo cual indica que el déficit no es específico a la inmunopatología del Lupus.
En la ausencia de algún desorden en SNC, -lupus no neuropsiquiátrico- la presencia, prevalencia, severidad y características de una disfunción cognitiva son controversiales.

En el LES se presentan una serie de manifestaciones neuropsicológicas debido a reacciones inmunológicas evidenciables en el LCR por disminución de C4 y aparición de ADN y antiADN en éste. También son demostrables anticuerpos antineurona. El daño no es inmunológico directamente, el sistema nervioso puede ser lesionado por otras complicaciones de la enfermedad como lo son las infecciones, los desórdenes hematológicos y las alteraciones metabólicas. En el análisis neuropatológico se ven cerebros con pequeñas hemorragias intraparenquimatosas, pónicas y áreas de infartos.

Por otra parte las pruebas realizadas con imagen de resonancia magnética muestran estructuras cerebrales atípicas en pacientes con LES, pero estas anomalías no se asocian con las reportadas por los tests neuropsicológicos como causa de disfunciones cognitivas en pacientes con LES neuropsiquiátrico. Los estudios han demostrado un variable pero definido incremento en la prevalencia de desórdenes cognitivos en pacientes con LES cuando se comparan con gente sana.

Técnicas neuropsicológicas en niños

Las técnicas de evaluación neuropsicológica evalúan la integridad funcional del Sistema Nervioso Central; a partir de la valoración sistemática de la conducta examinan los cambios individuales por medio de tests que evalúan diferentes áreas de la cognición tales como atención, memoria y la función del lenguaje. Estos tests son susceptibles a detectar cualquier alteración cerebral; esta aproximación permite una evaluación más objetiva y comprensiva de los déficits cognitivos que la valoración clínica tradicional.

- Denburg en 1997 identificó las áreas en las que existe mayor problema en pacientes con lupus, estas áreas son: atención y concentración, memoria verbal y no verbal incluyendo memoria de trabajo, tiempo de reacción, habilidades visoespaciales, flexibilidad cognitiva y velocidad psicomotriz.

Entre las pruebas más utilizadas para la evaluación del perfil neuropsicológico se encuentran la escala de inteligencia de D. Wechsle para niños y la Figura compleja de Rey y algunas otras como lo son el Stroop, Wisconsin, entre otras. Desafortunadamente, en México el primer instrumento no ha sido estandarizado con población mexicana, pero existe una amplia investigación en diferentes campos sobre ella.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CARACTERISTICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

El Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la niñez (IMAN), abrió sus puertas en 1970, después de dos años de intenso trabajo médico-arquitectónico, con el concepto de ofrecer a la niñez mexicana una atención pediátrica integral. Han pasado 30 años desde entonces, muchos cambios han ocurrido, mucho se ha realizado y mucho hemos crecido desde aquel día.

La misión del INP es contribuir al desarrollo científico y tecnológico con el objeto de aportar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos que se dediquen al cuidado de la salud de la niñez mexicana, y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad.

Ubicación de la sede: El INP se encuentra ubicado sobre Av. Insurgentes Sur 3900- C, Colonia: Cuicuilco, Delegación

Nivel de Atención:

El INP es de tercer nivel de atención

Servicios del hospital que ofrece el HJM:

Para el ciclo de estudios 2002, el Instituto oferta 21 cursos de especialidades médicas, reconocidas por la Universidad Nacional Autónoma de México y varios cursos de posgrado y de nivel técnico.

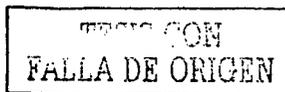
El INP cuenta con los servicios de anatomía patológica, hemodinámica, rayos X, medicina nuclear, neurofisiología, tomografía computada y los laboratorios clínicos para apoyar las labores de atención médica.

Así mismo se cuenta con 10 salas de cirugía están equipadas con modernos sistemas integrales de anestesia en las cuales se realizan complejas operaciones, como las de trasplantes de riñón y médula ósea.

En las instalaciones del INP anualmente se proporcionan aproximadamente 200,000 consultas, hospitalizan alrededor de 8,000 pacientes, realizamos más de 6,000 intervenciones quirúrgicas y 500,000 estudios de laboratorio y gabinete.

Servicio al que se encontró adscrito el residente de Medicina Conductual:

El servicio se realizó en tres servicios "Salud Mental", "Hematología" e "Inmunología"



CONTEXTO DE LOS SERVICIOS ATENDIDOS

SALUD MENTAL:

El servicio de salud mental está integrado por Un jefe de servicio, 3 psiquiatras, 11 psicólogos, 1 trabajadora social psiquiátrica, 1 secretaria, 1 recepcionista.

La atención en el servicio está dada por la Consulta Externa en la cual se brinda a partir de dos filtros uno, es los pacientes que son valorados en Consulta externa del INP y que consideren deben pasar al servicio y el otro filtro proviene de hospitalización por interconsultas.

En cuanto a la especialidad de los psicólogos adscritos al servicio solamente se encuentra uno con orientación cognitivo - conductual el resto tiene formación psicodinámica, etc.

HEMATOLOGIA:

El servicio de Hematología nació en 1970, en la actualidad cuenta con 14 espacios para hospitalización, un laboratorio de Hematología y un área para aplicación de quimioterapia ambulatoria. El servicio de Hematología del INP es en la actualidad el de mayor experiencia en el diagnóstico, clasificación y tratamiento de los niños con Leucemia Aguda en el país, ya que cuenta con el mayor número de pacientes que han alcanzado la etapa de terminación electiva de la terapia, el mayor tiempo de sobrevida libre de enfermedad y el mayor número de casos curados.

Actualmente en el servicio de Hematología cuenta con un jefe de servicio y 4 médicos adscritos, 2 residentes de quinto año de hematología pediátrica, 2 residentes de primer año de hematología pediátrica y algunos residentes rotantes que se encuentran haciendo medicina pediátrica. En hospitalización se cuenta con una trabajadora social, una jefe de enfermeras y 5 enfermeras de base que cubren los servicios de inmunología y hematología así mismo existen como 5 o más enfermeras que acuden a prácticas al hospital o bien que rotan por el mismo.

La especialidad de los médicos es hematólogos pediatras. En cuanto a la formación de profesionales hasta la fecha se han formado 18 hematólogos pediatras y cinco están en proceso de especialización así mismo.

INMUNOLOGIA:

El servicio de Inmunología da servicio desde 1970. La evaluación clínica de los pacientes de este servicio se hace a través del diagnóstico integral en el que participan también los servicios de Trabajo social y de Salud Mental, según el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso. Las líneas de atención principales del servicio han sido dos grupos de padecimientos; Las enfermedades de autoinmunidad y las enfermedades de inmunodeficiencia. El servicio de Inmunología cuenta con dos ambientes para oficinas de los médicos y la secretaria, con derecho a tres consultorios los días de consulta externa, un ambiente en la sala de hospitalización y dos aislados.

En cuanto al personal médico está constituido por un jefe de servicio, dos médicos adscritos especialistas, un médico especialista que depende de la Investigación y una secretaria.

Las especialidades de los médicos son: inmunólogos y alergólogos (adscritos) así como también hay residentes de pediatría realizando la especialidad en inmunología y alergología.

Líneas de autoridad:

El residente de medicina conductual tuvo como primera autoridad a una psicóloga Adscrita al Servicio de Salud Mental. En el caso de permisos de vacaciones se debía solicitar autorización también al jefe de enseñanza y al supervisor académico, así como también avisar a la CORSAME (Coordinación de Salud Mental)

Supervisor in situ

Durante la estancia en el hospital el Supervisor *in situ* fue la Psic. Gabriela Michaca Abrego, adscrito al servicio de psicología del hospital, la formación de la Supervisora es Psicodinámica pero a pesar de ello brindó su apoyo a nuevos proyectos.

Supervisor ex sito (Académico):

Fue el Psic. Isaac Seligson N. posteriormente fue quién proporcionó la supervisión con él se comentaban los casos, los proyectos de trabajo de trabajo y de Investigación. Así mismos nos proporcionaba bibliografía necesaria para ampliar nuestros conocimientos sobre los pacientes oncológicos.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

DESCRIPCION GENERAL DEL PROGRAMA
DESARROLLADO

ACTIVIDADES GENERALES DEL PSICÓLOGO EN CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL

En general no había un día específico para dar servicio en consulta externa. Los pacientes eran canalizados por la psiquiatra para valoración neuropsicológica y emocional en su mayoría para descartar niños con Trastorno por déficit de atención (TDA), problemas de aprendizaje o bien retraso mental. La supervisora in situ, encargada de las residentes de psicología solicitaba realizar dichas valoraciones como parte de nuestro trabajo. En consecuencia en partes de las actividades realizadas se guiaron por el siguiente objetivo:

OBJETIVO 1:

- Realizar valoraciones neuropsicológicas y emocionales a niños y adolescentes para descartar un TDA, Tx. Aprendizaje, problemas emocionales o bien un retraso mental

METODO:

SUJETOS: Todos los pacientes que fueran referidos por la psiquiatra, el número de pacientes eran variables desde 3 a 5 por semana. Las edades oscilaban entre los 5 años y los 14 años. En su mayoría eran pacientes de sexo masculino.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS: Los instrumento asignados por el servicio eran de naturaleza neuropsicológica, proyectiva y de inteligencia:

ESCALAS DE INTELIGENCIA D. WECHSLER
TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER
FIGURA COMPLEJA DE REY
TEST DE CARTAS AL AZAR DE WISCONSIN
TEST DE PALABRAS Y COLORES DE STROOP
TEST DE ANALISIS DE LA LECTOESCRITURA DE TORO
EVALUACION DE LA COMPRESION LECTORA

RECIBIDO CON
FALLA DE ORIGEN

**TEST PROYECTIVO CASA, ARBOL Y PERSONA
FRASES INCOMPLETAS DE SACKS PARA NIÑOS Y
ADOLESCENTE
CRITERIOS DEL DSMIV
EDAH
ENTREVISTA CLINICA
HISTORIA CLINICA**

RECURSOS: Se contaba con un consultorio de 3.5 metros de largo por 1.5 metros de largo. Se utilizaron colores, lápices, plumas, cronómetros, plumones, hojas blancas, Protocolos de cada una de las pruebas y los instrumentos de los mismos, carpetas, impresora, computadora.

PROCEDIMIENTO: De manera general se explican los pasos que se siguieron para dichas valoraciones.

Paso 1: Se asignaba la cita

Se presentaba el paciente al servicio referido por la psiquiatra, se le proporcionaba una cita y se le explicaba a los padres sobre la valoración.

Paso 2: Se realizaba Rapport con el paciente

Una vez que el niño llegaba a su primera cita nos presentábamos, se realizaban actividades de juego con el niño, se explicaba lo que se iba a realizar, se hacía el contrato con el paciente, si el niño se mostraba poco cooperador se realizaba un contrato conductual. Si el tiempo alcanzaba se iniciaba la valoración. Generalmente ésta se comenzaba con la aplicación de Figura de Rey y el test de Bender (en este orden para que no hubiera contaminación en la memoria a corto plazo).

Paso 3: Se procedía a poner Nota en el expediente clínico del hospital utilizando el modelo del SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan) ya que este formato es utilizado por el hospital. Así mismo se le abría expediente interno al paciente en el cual se integraban todas las pruebas aplicadas y los resultados de la valoración.

Paso 4: Se asignaba nueva fecha para continuar con la valoración. Siempre se cuidaba que las citas no estuvieran muy espaciadas y si se podía se citaba dos o tres días en la misma semana.

Paso 5: Se continuaba con la valoración generalmente se aplicaba el Wisconsin, Stroop, Tale, ECL. Así mismo siempre se anotaban los datos significativos de

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

la observación del paciente (si el paciente se mostró cooperador, si se observó inquieto, tranquilo, con facies de tristeza, ansioso, etc.)

Paso 6: Se asignaba nueva fecha para continuar con la valoración en ocasiones se les proporcionaba algo de información en general a los padres (cómo estuvo ante la valoración su hijo), si había dudas de los padres se resolvían y si éstas no correspondían a nuestra área se canalizaba con el personal pertinente. (en caso de preguntas de los electroencefalogramas)

Paso 7: Se continuaba con la valoración en esta sesión generalmente se iniciaba con la aplicación de las escalas Wechsler, siempre anotando datos de observación clínica del paciente.

Paso 8: Se asignaba cita para continuar con la valoración, se proporcionaba información general a los padres o bien se resolvían dudas de los mismos. También se enviaba el EDAH para que el maestro del paciente lo contestara. Se les pedía a los padres que lo tuvieran para la cita siguiente.

Paso 9: Se realizaba nota en el expediente clínico del INP

Paso 10: Se continuaba con la valoración (escalas Wechsler), se iniciaba con la parte de valoración emocional. En ocasiones si la valoración era muy urgente debido a la conducta disruptiva del paciente se enviaban a casa los dibujos del HTP.

Paso 11: Se solicitaba a los padres la valoración realizada por el maestro (EDAH)

Paso 12: Se asignaba la cita, se les explicaba a los padres de manera general como se había llevado a cabo valoración y se resolvían dudas.

Paso 13: Se realizaba nota en expediente

Paso 14: Se concluía con la valoración aplicando (FIS Y criterios del DSMIV) se les proporcionaba una explicación general (siempre cuidando el nivel del niño y los aspectos éticos) de como se le observó durante la valoración, así como también se le explicaba que se iban a revisar sus pruebas para poder determinar si necesita ayuda o no.

RECIBO CON
Firma DE ORIGEN

Paso 15: Se daba cita a los padres (siempre se insistía en que acudieran ambos padres) para realizar una historia clínica y de desarrollo del paciente (Ver Anexo 2)

Paso 16: Se realizaba nota en el expediente en la cual se debía especificar que se había concluido la valoración con el paciente y que se citaba a los padres para historia clínica.

Paso 17: Se realizaba la historia clínica con los padres. Se resolvían dudas

Paso 18: Se daba la cita por lo general eran a las 3 semanas o 1 mes para dar la devolución de los resultados a los padres (insistiendo siempre que acudieran ambos padres).

Paso 19: Se realizaba nota en el expediente enfatizando que se daba cita para resultados.

Paso 20: Se realizaba la calificación de todas las pruebas y se realizaba una integración de los resultados. Una vez terminado se entregaba a la supervisora in situ para que ésta a su vez los revisara y corrigiera si era necesario

Paso 21: Se daba la devolución de resultados a los padres, dando una explicación extensa, cuidando siempre el nivel educativo de los padres, resolviendo dudas y canalizando a los servicios correspondientes. En los primeros meses era la supervisora in situ quien daba la devolución de los resultados aún cuando ella no hubiese realizado la valoración posteriormente se logró que la persona que hiciera la evaluación proporcionara los resultados a los padres.

Paso 22: Se realizaba la nota en el expediente en el cual se hacía un resumen de todo el estudio y se ponían las conclusiones y sugerencias del mismo.

Paso 23: Si el paciente era canalizado a grupo de padres de niños con TDA le daba la cita correspondiente

Paso 24: Siempre se le regresaban los resultados a la psiquiatra que refirió al paciente para que ésta definiera su actuar.

NOTAS ACLARATORIAS:

- Si el paciente no acudía a una de sus consultas se ponía nota en el expediente (el paciente no acudió a su cita).

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

- Si el paciente dejaba de asistir a sus citas por 2 o más meses se tenía que canalizar con psiquiatría para una nueva valoración.
- Si durante la valoración se identificaban síntomas de ansiedad significativa se trabaja por medio de técnicas de relajación. Se ponía una nota en el expediente aclarando la intervención.
- En ocasiones había pacientes que no cooperaban en la valoración así que se recurría a técnicas puramente conductuales (reforzador positivo, economía de fichas, etc.)
- Después de algunos meses se insistió con la supervisora in situ que era conveniente que se dejara una línea base para registrar las conductas de los niños, después de un tiempo esta propuesta fue aceptada.
- La valoración emocional aunque era aplicada por la residentes en la integración era la supervisora in situ quien realizaba la integración ya que ésta era con el enfoque psicoanalítico y la residente ayuda exponiendo su impresión diagnóstica.

RÉSULTADOS

Los resultados de la valoración fueron proporcionados a los padres del paciente tanto en forma verbal como escrita, en ésta se encontraban las tablas de las pruebas aplicadas y la descripción de cada uno de los procesos cognitivos así como también la descripción de la valoración emocional. Se resolvían las dudas que surgían en los padres. Posteriormente se procedía a explicar a los servicios a los que sería canalizado su paciente fuera para recibir un tratamiento o bien para dar seguimiento. Si el paciente iba a acudir a grupo para padres se le asigna una cita. Los resultados eran descritos también para la psiquiatra que refería al paciente incluso se le entregaba en ocasiones el reporte escrito. Los resultados de la valoración eran cotejados con el resultado del electroencefalograma y con la valoración clínica del psiquiatra. En casi la totalidad de los casos hubo coincidencia.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO:

La manera en que se identificó que las valoraciones fueron eficaces fue a partir de que al paciente se le pudo tratar médicamente y con apoyo psicológico y que a través de esto el paciente presentara mejoría clínica. Del mismo modo por medio de los estudios médicos (en algunos casos), se cotejaba en diagnóstico con el electroencefalograma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN DE UN CASO: NIÑO CON TDAH

OBJETIVO:

Realizar valoración neuropsicológica y emocional referido por la Psiquiatra para descartar un TDAH ya que es referido por la madre como impulsivo, muy inquieto, agresivo con sus compañeros de escuela y familiares y desobediente.

MÉTODO:

SUJETO: Paciente masculino de 5 años de edad, preescolar, originario y residente del D.F., de Lateralidad diestra.

INTRUMENTOS UTILIZADOS: Tomando en cuenta la edad y la escolaridad del paciente se eligieron los siguientes instrumentos de valoración.

<i>INTRUMENTOS UTILIZADOS</i>
FIGURA COMPLEJA DE REY- OSTERRIETH (REY)
ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA PREESCOLARES (WPPSI).
PRUEBAS PROYECTIVAS
EDAH
ENTREVISTA CLINICA
HISTORIA CLINICA DE DESARROLLO
TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE LAURETA BENDER

RECURSOS: Se contaba con un consultorio de 3.5 metros de largo por 1.5 metros de ancho. Se utilizaron colores, lápices, plumas, cronómetros, plumones, hojas blancas, Protocolos de cada una de las pruebas y los instrumentos de los mismos, carpetas, impresora, computadora.

PROCEDIMIENTO: A continuación se describen los pasos que se siguieron para realizar la valoración.

NIÑO CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 1: Se asignó cita a los padres explicándole en que consistía la valoración y se les citó a ambos para realizar historia clínica. Solo acudió la madre y se obtuvieron los siguientes datos de importancia.

Alejandro proviene de una familia nuclear disfuncional en la cual los roles y las reglas poco claras e inconsistentes la comunicación se presenta de manera encubierta, así mismo se refieren problemas de parejas aparentemente no significativos. En cuanto a los antecedentes de desarrollo el paciente es producto de gesta 2 de 2 no planeado ni deseado, durante el embarazo la madre presentó síntomas ansiosos (Secundario a la responsabilidad de cuidar dos hijos, sic.), es obtenido a término por parto eutócico, sin complicaciones aparentes durante el parto, el sostén cefálico fue logrado a los 2 meses, sedestación con ayuda a los 3 meses y sin ayuda a los 5 meses, la bipedestación al año y la marcha al 1 año y 2 meses, no se refieren problemas de motricidad, en cuanto al desarrollo del lenguaje presentó lenguaje para conversar a los 2 años y medio con problemas para pronunciar la "r" y la "s" actualmente ya no presenta dichos problemas, el control de esfínteres fue dominado al año y 6 meses. En cuanto al tono muscular por la descripción de la madre se puede apreciar que fue de hipertonía. Se refiere que desde pequeño el paciente era un niño poco tolerante y muy intranquilo lo cual ocasionaba que la madre tuviera dificultad para identificar y satisfacer las necesidades del pequeño esto generaba que la madre se desesperara y le gritara o bien le pegara. El padre se menciona que es poco lo que colabora en la disciplina del paciente y que para controlarlo le grita. En cuanto a su relación con la historia escolar actualmente se encuentra cursando el primer grado de Kinder y es descrito como un niño agresivo, que no respeta reglas, golpea a sus compañeros, y es mal aceptado por el grupo, en cuanto a su rendimiento escolar se señala que ha mejorado de manera considerable.

Paso 2. Se asignó cita para valoración del paciente.

Paso 3. Se redactó nota en el expediente usando el formato del SOAP y se le abrió expediente interno.

Paso 4. Se inició con la realización de rapport con el niño, se utilizó juegos de mesa para lograr tal objetivo, posteriormente se realizó el contrato con él explicándole en que consistía la valoración, cada cuando iba a acudir al hospital y que ganancias tendría él.

Se inició aplicando las pruebas de rey para niño y el Bender.

Paso 5. Se asignó cita al paciente para continuar con la valoración. Se le explicó a la madre la importancia que las citas no fueran muy espaciadas; la

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

madre se mostró muy cooperadora e interesada en la valoración lográndose que se viera al paciente la misma semana.

Paso 6. Se realizó nota en el expediente con el modelo del SOAP. En esta se puso lo siguiente:

S. El paciente refiere no saber para que lo traen al hospital que solo le dijeron que se portara bien y que iba a jugar con la doctora.

O. Paciente conciente, con edad aparente igual a la cronológica, con orientación espaciotemporal, se muestra cooperador ante la entrevista, se observa inquieto, con síntomas ansiosos, con dificultad para respetar las reglas.

A. Se tuvo que realizar contrato conductual para encuadrar la conducta del paciente, impresiona con su inquietud motora.

P. Se continuará con la valoración.

Paso 7. Se continuó con la valoración del paciente iniciando la aplicación del WPPSI. Se dificultó la aplicación de las pruebas ya que el paciente se distraía con facilidad y retaba mucho al clínico.

Paso 8. Se asignó cita para continuar con la valoración, se entregó a la madre el EDAA para que lo contestaran los maestros.

Paso 9. Se realizó la nota en el expediente con el modelo del SOAP. La nota es la siguiente.

S. El paciente refiere no querer trabajar porque no le gusta venir al hospital

O. Paciente conciente, con orientación espacio - temporal, se muestra poco cooperador ante la evaluación, se observa intranquilo, con dificultad para respetar reglas, retador ante figuras de autoridad, poco tolerante a la frustración, impulsivo para realizar tareas en las cuales su capacidad de atención sea mayor, inatento, con inquietud motora, hiperactivo.

A. Se tuvieron que utilizar reforzadores positivos (dulces y juegos) para que el paciente pudiera continuar con la valoración

P. Continuar con la valoración recoger los EDAA.

Paso 10. El paciente llega al hospital pero se niega a continuar con la valoración Se habló con el paciente y se tranquilizó y se utilizó reforzamiento positivo para continuar con la valoración, se continuó aplicando el WIPPSI y se aplicó el FIS para niños.

Paso 11. Se asignó cita a la madre. Así mismo se habló con ella para explicarle la importancia de no gritarle al niño y de no castigarlo de manera tan severa,

TRCIS CON
FALLA DE ORIGEN

la madre menciona que ya no sabe que hacer con él que se desespera y que no sabe como manejarlo que se tiene que ir a la escuela con él y estar ahí todo el día de lo contrario no lo dejarán tomar las clases. Refiere también problemática con el esposo ya que éste tiene planes de viajar a los E.U, pero que aún no está definido. La madre señala que el paciente ha estado más irritable y que sobre todo cuando se junta con su prima ya que ésta tiene el dx. De TDAH y que es difícil controlarlos a los dos. Se tranquilizó a la madre y se explicaron de manera general como puede controlar un poco al niño siempre tratando de no personalizar la problemática del niño. Se recogió el EDAH.

Paso 12. Se redactó nota en el expediente, la cual dice lo siguiente, siempre utilizando el modelo del SOAP.

S. El paciente refiriere que no quiere venir al hospital ya que le duele el estómago y que no le va a hacer caso a su mamá menciona que su mamá lo regaña mucho y que le pega, que está enojado porque su papá se va a ir a trabajar a E.U, y que en la escuela lo van a correr porque le pegó a un compañero pero que fue porque estaban jugando.

O. Paciente conciente, con orientación espaciotemporal, se muestra poco cooperador en un inicio ante la valoración y posteriormente mejoró su cooperación. Se observa con fascias de enojo, con síntomas ansiosos y depresivos, con mucha irritabilidad, con impulsividad, poco tolerante a la frustración, demandante, no se beneficia de la retroalimentación para mejorar su conducta. En el FIS se identifica con buena capacidad para identificar sus propios sentimientos y deseos a futuro.

A. A impresión clínica el niño presenta un TDAH y TOD aunado a esto síntomas depresivos, se identifica a una mamá con síntomas ansiosos sobre todo porque no sabe como manejar al niño.

P. Continuar con la valoración.

Paso 13. Se continúa con la valoración concluyendo con el WIPSSI y aplicando el HTP y la figura humana. Se habló con la madre mencionando que el niño estuvo más tranquilo y que no le pegó.

Paso 14. Se asignó la cita para concluir con la valoración, así mismo se le dijo a la madre que tenía que ir a sacar una cita con la psiquiatra ya que necesitaba entrevistarla de nuevo.

Paso 15. Se realizó nota en el expediente con el modelo del SOAP. La nota quedó de la siguiente manera.

TTTS CON
FALLA DE ORIGEN

S. EL paciente refiere que su mamá no le pegó en la semana y que va con él a la escuela.

O. Paciente, conciente, con orientación espaciotemporal, se muestra cooperador ante la valoración, se observa inquieto, con latencia de respuestas elevadas y en ocasiones impulsivas, con hiperactividad, con dificultades para mantener el foco de atención, se observan síntomas depresivos.

A. A impresión clínica con un TDAH y un TOD.

P. Concluir con la valoración y ratificar que se le haya mandado realizar el Electroencefalograma

Paso 16. Se concluyó la valoración aplicando criterios del DSMIV para un TDAH y un TDO, se habló con el niño explicándole que se había terminado de valorarlo, que nos dio gusto trabajar con él y que se verá la forma de cómo ayudarlo para que se lleve mejor con su mamá y con sus compañeros.

Paso 17. Se asignó la cita a la madre explicándole que se revisarían todas las pruebas del niño para determinar el diagnóstico. Se dio la cita insistiendo en que ambos padres acudieran. Se corroboró que se le haya realizado el electroencefalograma. La cita fue programada para dentro del 3 semanas y media.

Paso 18. Se realizó nota en el expediente con el SOAP, la cual quedó de la siguiente manera.

S. Paciente refiere que se encuentra triste porque se va a ir su papá a E.U.

O. Paciente conciente, con orientación espaciotemporal, se muestra cooperador ante la valoración, se observó con facies de tristeza, con hiperactividad, impulsivo, irritable.

A. Paciente a Impresión clínica con un TDAH y un TDO.

P. Se dio cita para dar resultados a los padres,

Paso 19. Se realizó la calificación de cada una de las pruebas y se realizó una integración de con los resultados encontrados.

Paso 20. Se proporcionó dicha integración a la supervisora in situ para su revisión e hizo las correcciones necesarias así como también la integración de la parte emocional (ya que el formato era con enfoque psicoanalítico)

Paso 21. Se investigó si los resultados del electroencefalograma ya se encontraban listos para cotejar los resultados, en este caso no se encontraba la interpretación de dicho estudio por lo que el cotejo no se pudo hacer en este momento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 22. Se dio la explicación de los resultados obtenidos a ambos padres, se les entregó por escrito y de manera verbal, se les proporcionó el diagnóstico de TDAH, TDO y de sintomatología depresiva, se les dio una explicación amplia de cada uno de los padecimientos y de cómo se llegó a esas conclusiones así como también se les explicó a que servicios debían acudir.

Paso 23. Se realizó nota en el expediente en el cual se hizo un resumen de los resultados obtenidos así como las conclusiones y sugerencias dadas a los padres.

Paso 24. Como el paciente fue canalizado a Psiquiatría para manejo farmacológico se habló con la psiquiatra para que se le diera la cita lo más pronto posible ya que el niño presentaba impulsividad e hiperactividad de manera muy significativa.

Paso 25. Se les asignó cita a los padres para que asistieran a grupo de padres para manejo de niños con TDA.

Paso 26. Se dieron los resultados por escrito a la psiquiatra. La cual procedió a medicarlo.

RESULTADOS:

Los resultados de la valoración fueron proporcionados a los padres del paciente tanto en forma verbal como escrita, en ésta se encontraban las tablas de las pruebas aplicadas y la descripción de cada uno de los procesos cognitivos así como también la descripción de la valoración emocional. Se resolvieron las dudas que surgieron en los padres. La mamá recibió el diagnóstico de manera más tranquila ya que el padre se mostró más renuente hacia la aceptación del diagnóstico pero una vez que se explicó de manera más detallada se fue más convencido. El documento entregado a los padres se muestra en el Anexo 3

EVALUACIÓN DEL TRABAJO:

Una vez que se concluyó con la valoración se cotejaron los diagnósticos obtenidos con la impresión clínica de la psiquiatra, posteriormente se cotejó con el electroencefalograma el cual dio como resultado que el paciente presentaba algunas ondas paroxísticas compatible con un TDA.

OBJETIVO II:

Impartir un Taller sobre el manejo Conductual de niños con TDA Y Tx. Oposicionista Desafiante dirigido a los padres de los niños

Se tuvieron 5 grupos de padres de los cuales se nos asignó la coordinación de dos y en los restantes la participación era a través de apoyo a la supervisora in situ. El taller se impartía los días jueves de cada semana o cada 15 días, esto dependía de la forma de organizar las citas en común acuerdo con los padres. A continuación se expone la metodología utilizada para llevar a cabo el taller.

OBJETIVOS DEL TALLER:

1. Proporcionarle herramientas a los padres de los niños con TDA o TOD para el manejo de los problemas de conducta de sus hijos
2. Fortalecer la relación padre-hijo a través del mutuo respeto, la cooperación, el aprecio y una relación más afectuosa
3. Reducir los conflictos diarios, las fricciones, las discusiones y los berrinches (de los padres y del niño)
4. Mejorar el rango de conductas apropiadas y aceptadas socialmente del niño; mientras se reduzcan las conductas inaceptable o antisociales

METODO:

SUJETOS: Padres de niños diagnosticados en el INP con TDA o Trastorno Oposicionista Desafiante, una vez que se les entregaba los resultados la Psicóloga o la Psiquiatra los canalizaba al grupo de padres Para el manejo de la conducta de niño. Para asistir al curso se tomaban en cuenta otros aspectos no solo que contaran con los diagnósticos antes mencionados tales aspectos eran que el niño se encontrara entre los 2 y los 10 años, que el desarrollo del lenguaje fuese normal, que el niño no fuese demasiado destructor o que golpear a los padres cuando estos intentaran establecer límites de conducta, no contar con diagnóstico de Tx. Global del desarrollo, o bien que el TOD fuera demasiado severo. El número de padres era muy variable para cada grupo, pero en general estaban constituidos entre 6 a 7 papás en su mayoría se presentaban solamente las madres.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS: Para dicho taller no se utilizó ningún instrumento específico, cuando se nos hizo cargo de los talleres se realizaba una línea base con los padres sobre las conductas "problemáticas" de los niños.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Este taller fue diseñado por Russell Barkley para reducir la conducta desafiante y opositora, mientras se incrementa una actitud cooperativa con el niño.

RECURSOS: Para el taller para padres se nos era facilitado un salón amplio de unos 6 metros de largo por unos 2 de ancho, en el cual se encontraban butacas, pizarrón, contábamos con hojas blancas, impresora, lápices, plumas, computadora.

PROCEDIMIENTO: De manera general se explican los pasos que se siguieron para dichas valoraciones.

Paso 1: Se asignaba la cita

Se asignaba cita a los padres, ésta se establecía por lo general los días jueves (ya que ese día era el asignado para el préstamo del salón). Se les avisaba que no podían acudir al grupo con sus niños. Debido a que a la mayoría de los padres se les conocía por nuestro servicio por el hecho que sus niños habían sido valorados por nosotros ya existía una relación profesional lo cual facilitaba en mucho realizar contratos con los padres.

Paso 2: Exposición del taller.

En la primera cita se expusieron los objetivos del taller, el taller era expuesto por la terapeuta haciendo participar a los padres (éstos iban leyendo los puntos de cada paso del taller) al finalizar se realizaban preguntas y se resolvían las dudas.

Paso 3: Se asignaba cita a los padres.

Debido a que se nos prestaba un salón y no se podía solicitar este tipo de apoyo cada 15 días (debido a la demanda por parte de otros servicios) se citaba a los padres para cada paso una vez al mes, además los padres no contaban con la posibilidad de asistir al INP de forma más regular.

Paso 4: Se iniciaba con el módulo 1

Módulo 1: Introducción al TDAH y TOD

- Presentación de los objetivos del taller

- 14 principios básicos para la crianza de un niño con TDAH

Paso 5: Se asignaba cita a los padres

Paso 6: Se procedía a la exposición del Módulo 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Módulo 2: Aprenda a tener una atención positiva hacia su hijo

- Dinámica de juego supervisado

Al finalizar la exposición siempre se resolvían las dudas o preguntas de los padres si están tenían que ver con algún medicamento se le canalizaba con el servicio de Psiquiatría.

Paso 7: Se asignaba cita a los padres.

Generalmente como antes se ha mencionado el espacio entre un módulo y otro era de 3 semanas a 1 mes.

Paso 8: Se expuso el Módulo 3

Módulo 3: Uso de la atención positiva para ganar su cooperación

- Formulario de quejas

Se resolvían dudas a los padres.

Paso 9: Se asignaba cita a los padres

Paso 10: Se revisaba el Módulo 4

La exposición de cada uno de los módulos siempre fue con la misma dinámica, la terapeuta coordinaba al grupo, los padres iban leyendo el contenido de cada módulo, al final por parte de la coordinadora se realizaba un resumen del módulo visto y se daba un espacio para las preguntas, las cuales se trataban de resolver en primer lugar por los mismos padres si esto no era posible por desconocimiento del manejo de una conducta en particular la pregunta era resuelta por la terapeuta.

Paso 11: Se asignaba cita a los padres.

Paso 12: Se expuso el módulo 4

Módulo 4: Proporcionar órdenes más efectivas

- Si pudiera manejar a mi familia

En este módulo se realizaba un ejercicio sobre cual sería la mejor forma de manejar a la familia. Al finalizarlo se realizaban comentarios acerca del ejercicio realizado

Paso 13: Se asignaba cita a los padres

Paso 14: Se revisaba el Módulo 5

Módulo 5: Enseñar al niño a no interrumpir

- Cambiar la defensiva por la ofensiva

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 15: Se asignaba cita a los padres

Esta cita era para realizar un repaso de todos los módulos anteriormente revisados. Se realizaba role playing retomando los temas o los puntos en los cuales los padres presentaban mayores dificultades.

Paso 16: Se asignaba cita a los padres para continuar

En ésta se les solicitaba que trajeran alguna libreta para notas ya que para el módulo siguiente se necesitaban realizar algunas anotaciones importantes.

Paso 17 : Se exponían el módulo 6.

Módulo 6: Economía de Fichas I

Al iniciar este módulo se realizaba primero un ejercicio con los padres el cual consistía en que realizaran una lista de las obligaciones de los niños en casa, las cosas que se podían negociar (por ejemplo el hecho de no bañarse a diario sino cada tercer día). Posterior al ejercicio se iniciaba con la exposición de Economía de fichas I. Se dividió en tres partes ya que a los padres se les dificultaba entender la dinámica de la economía de fichas. Así que para dar más tiempo y poder revisar con calma todos los pasos de la economía se dividieron las exposiciones. Así mismo se realizó en cada parte role playing con los padres con los pasos en los que se identificaban o que ellos mismos identificaban como los más difíciles.

Paso 18: Se dejó tarea a los padres

Se les dejó como tarea a los papás que la lista que se había hecho de las obligaciones de los niños se hiciera en cartulina, papel bond o que pegaran hoja para que quedara grande el anuncio, que les explicaran a los niños (a todos los hijos que tuvieran) cuales eran sus obligaciones, etc. Y una vez explicado esto se pegara la cartulina en un lugar que todos pudieran ver como en la puerta de la recámara, en la cocina, en la sala.

Paso 19: Se asignó cita a los padres

Paso 20: Se revisaba la tarea

Se hacía una breve revisión de la tarea asignada a los padres así como se hacía un análisis de las dificultades que habían tenido o que se les había facilitado, entre los padres se comentaban la tarea. Al final se obtenía una conclusión

Paso 21: Se iniciaba con el Módulo 7

Módulo 7: Economía de Fichas II

- Dejar el trabajo terminado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En este punto se revisaba la otra parte de la economía de fichas, se terminaba de realizar la cartulina con los padres proporcionándole ya un valor a los premios y castigos, etc.

Paso 22: Se les dejó una tarea a los padres sobre la explicación de la dinámica de Economía de fichas para que los padres les explicarán a sus hijos.

Paso 23: Se asignaba cita a los padres

Paso 24: Se revisó el Módulo 8

Módulo 8: Economía de Fichas III

- Ajustes del programa

En este módulo se revisaban los dos pasos previos de Economía de fichas, se resolvían todas las dudas y se realizaban los ajustes necesarios a cada uno de los programas de los padres. Se hacía revisión a cada propuesta de economía de fichas de cada papás. Al finalizar se realizaban una conclusión a nivel grupal.

Paso 25: Se dejaba de tarea que los padres iniciaran ya formalmente a aplicar la economía de Fichas.

Paso 26: Se revisaba el módulo 9

Módulo 9: Aprender a castigar los problemas de forma constructiva

- Uso de los reforzamientos negativos

- Uso del tiempo fuera

- Cómo minimizar los efectos psicológicos adversos de los castigos

Se resolvían las dudas o preguntas de los padres. En este módulo se utilizó role playing.

Paso 27: Se dejaba de tarea a los padres emplear las técnicas vistas en este módulo.

Paso 28: Se asignaba cita a los padres:

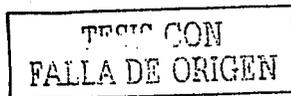
Paso 29: Se revisaba el módulo 10

Módulo 10: Ampliar el uso del tiempo fuera

- Control de la agresión

Se resolvían dudas y preguntas de los padres

Paso 30: Se asignaba cita a los padres



Paso 31: Se revisaba el Módulo 11

Módulo 11: Aprender a manejar al niño en sitios públicos
- Role playing

Paso 32: Se dejaba de tarea a los padres utilizar la técnica vista (para ensayos)

Paso 33: Se asignaba cita a los padres

Paso 34: Se finalizaba con el taller módulo 12

Módulo 12: Evaluación y cierre del taller

Se revisaban todas las dudas o preguntas. Se les pedía que realizaran lista de las conductas indeseadas y estas se compararon con la línea base inicial.

NOTAS ACLARATORIAS:

- No se realizaban notas en el expediente clínico del INP por disposición del servicio de salud mental.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO:

La forma de la eficacia del taller fue reportada por los padres, ya que éstos referían decrementos en los problemas de conducta de sus hijos, sentían que podían manejarlos mejor y que su relación era menos conflictiva. Así mismo por medio de la línea base y la lista de conductas problemas que realizaron al finalizar el curso se hicieron comparaciones, lamentablemente no se nos permitió tener acceso a las líneas bases y registros finales de conducta, esto debido a problemáticas internas del servicio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL SERVICIO DE INMUNOLOGIA

ANTECEDENTES: En el servicio de inmunología solamente se atendieron a los pacientes que se encontraban en hospitalización. Los pacientes eran canalizados por la psiquiatra para valoración neuropsicológica ya sea a pacientes de recién diagnóstico o a pacientes para que ya tenían más de un año con el diagnóstico. Las valoraciones neuropsicológicas en el servicio de inmunología se realizaban como parte de un protocolo de valoración psicológica sobre todo para detectar trastornos cognitivos en niños con LES (Lupus Eritematoso Sistémico). La supervisora in situ encargada de las residentes de psicología solicitaba que realizáramos dichas valoraciones como parte de nuestro trabajo. En consecuencia parte de nuestras actividades realizadas se guiaron por el siguiente objetivo:

OBJETIVO

Se trabajó buscando cubrir el siguientes objetivo:

1. Realizarles valoración o revaloración (según el caso) neuropsicológica a pacientes con padecimientos inmunológicos (LES, ARJ, etc.) para descartar en los casos de recién diagnóstico problemas neurológicos agudos y en los casos en los que se realizaba revaloración valorar probable deterioro cognitivo

MÉTODO:

SUJETOS: Todos los pacientes que fueran referidos por la psiquiatra, el número de pacientes eran variables desde 2 a 3 por semana. Las edades oscilaban entre los 5 años y los 17 años. En su mayoría eran pacientes de sexo femenino.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS: Los instrumentos asignados por el servicio eran de naturaleza neuropsicológica, proyectiva y de inteligencia:

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER

FIGURA COMPLEJA DE REY

TEST DE CARTAS AL AZAR DE WISCONSIN

TEST DE PALABRAS Y COLORES DE STROOP

TEST DE ANALISIS DE LA LECTOESCRITURA DE TORO

**TEST CON
FALLA DE ORIGEN**

EVALUACION DE LA COMPRESION LECTORA
TEST PROYECTIVO CASA, ARBOL Y PERSONA
FRASES INCOMPLETAS DE SACKS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTE
CRITERIOS DEL DSMIV
EDAH
ENTREVISTA CLINICA
HISTORIA CLINICA

RECURSOS: Se contaba con un consultorio de 3.5 metros de largo por 1.5 metros de largo. Se utilizaron colores, lápices, plumas, cronómetros, plumones, hojas blancas, Protocolos de cada una de las pruebas y los instrumentos de los mismos, carpetas, impresora, computadora.

PROCEDIMIENTO: De manera general se explican los pasos que se siguieron para dichas valoraciones.

Paso 1. Se acordaba cita con el paciente

Nos presentábamos con la paciente y los padres retomando el por qué la mandaba la Psiquiatra al servicio de Psicología, se realizaba contrato con el paciente para realizarle la valoración, se le daba una breve explicación acerca de las pruebas a aplicar. Se resolvían dudas a padres y paciente. Como la mayoría de los pacientes fueron valorados en hospitalización y estos se encuentran canalizados se realizaban acuerdos con la jefe de enfermería para determinar (cuando fuera posible) que brazo se canalizaba, ya que en muchas de las pruebas se necesita que el niño escriba o realice ejercicios con su mano dominante. Cuando el paciente se encontraba canalizado de la mano dominante se realizaban otras pruebas u otras actividades.

Paso 2: Se realizaba Rapport con el paciente

Una vez realizada la cita se establecía Rapport con el paciente, generalmente se realizaba a través del juego.

Paso 3: Se procedía a iniciar la valoración o revaloración (según el caso) se empezaba aplicando Figura de Rey, Bender, Stroop.

Paso 4: Se procedía a realizar nota en el expediente clínico del hospital con el modelo del SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan). Así mismo se le abría expediente interno al paciente en el cual se integraban todas las pruebas aplicadas y los resultados de la valoración.

TRABAJA CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 4: Se asignaba nueva fecha para continuar con la valoración.

Paso 5: Se continuaba con la valoración generalmente se aplicaba el Wisconsin, Stroop, Tale, ECL. Así mismo siempre se anotaban los datos significativos de la observación del paciente (si éste se mostró cooperador, si se observó inquieto, tranquilo, con facies de tristeza, ansioso, etc.)

Paso 6: Se asignaba nueva fecha para continuar con la valoración en ocasiones se les proporcionaba algo de información en general a los padres (cómo estuvo ante la valoración su hijo), si había dudas de los padres se resolvían y si éstas no correspondían a nuestra área se canalizaba con el personal pertinente. (en caso de preguntas de tipo médico o psiquiátrico)

Paso 7: Se continuaba con la valoración en esta sesión generalmente se iniciaba con la aplicación de las escalas Wechsler, siempre anotando datos de observación clínica del paciente.

Paso 8: Se asignaba cita para continuar con la valoración, se proporcionaba información general a los padres o bien se resolvían dudas de los mismos.

Paso 9: Se realizaba nota en el expediente clínico del INP utilizando el modelo del SOAP.

Paso 10: Se continuaba con la valoración (escalas Wechsler), se iniciaba con la parte de valoración emocional.

Paso 12: Se asignaba la cita, se les explicaba a los padres de manera general como se había llevado a cabo valoración y se resolvían dudas.

Paso 13: Se realizaba nota en expediente con el modelo del SOAP

Paso 14: Se concluía con la valoración aplicando (FIS Y criterios del DSMIV) se les proporcionaba una explicación general (siempre cuidando el nivel del niño y los aspectos éticos) de como se le observó durante la valoración, así como también se le explicaba que se iban a revisar sus pruebas para poder determinar si necesita ayuda o no.

Paso 15: Se daba cita a los padres (siempre se insistía en que acudieran ambos padres) para realizar una historia clínica y de desarrollo del paciente.

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 16: Se realizaba nota en el expediente en la cual se debía especificar que se había concluido la valoración con el paciente y que se citaba a los padres para historia clínica.

Paso 17: Se realizaba la historia clínica con los padres. Se resolvían dudas de nuestra área si existían preguntas o dudas de índole médico se canalizaba con el médico tratante

Paso 18: Se daba la cita por lo general eran a las 3 semanas o 1 mes para dar la devolución de los resultados a los padres (insistiendo siempre que acudieran ambos padres).

Paso 19: Se ponía nota en el expediente enfatizando que se daba cita para resultados.

Paso 20: Se realizaba la calificación de todas las pruebas y se realizaba una integración de los resultados. Una vez terminado se entregaba a la supervisora in situ para que ésta a su vez los revisara y corrigiera si era necesario

Paso 21: Se daba la devolución de resultados a los padres, dando una explicación extensa, cuidando siempre el nivel educativo de los padres, resolviendo dudas y canalizando a los servicios correspondientes. En los primeros meses era la supervisora in situ quien daba la devolución de los resultados aún cuando ella no hubiese realizado la valoración posteriormente se logró que la persona que hiciera la evaluación proporcionara los resultados a los padres.

Paso 22: Se realizaba la nota en el expediente en el cual se hacía un resumen de todo el estudio y se ponían las conclusiones y sugerencias del mismo.

Paso 23: Siempre se le regresaban los resultados a la psiquiatra que hubiese referido a la paciente para que ésta definiera su actuar.

Paso 24: Así mismo en las sesiones del servicio de Inmunología la supervisora in situ daba una breve devolución de la valoración realizada.

RESULTADOS

Los resultados de la valoración fueron proporcionados a los padres del paciente tanto en forma verbal como escrita, en ésta se encontraban las tablas de las pruebas aplicadas y la descripción de cada uno de los procesos

cognitivos así como también la descripción de la valoración emocional. Se resolvieron las dudas que surgieron en los padres. Así mismo se daba una breve explicación al paciente de los resultados de las pruebas aplicadas y la conducta a seguir.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO:

Una vez que se concluía con la valoración se cotejaron los diagnósticos obtenidos con la impresión clínica de la psiquiatra, posteriormente se cotejaba también con la impresión del médico o equipo médico de inmunólogos tratantes.

EJEMPLO DE CASO: PACIENTE CON LES

OBJETIVO

Realizar revaloración neuropsicológica y emocional referido por la Psiquiatra para determinar secuelas por enfermedad médica como parte de su seguimiento.

Nota: El paciente fue enviado para valorarlo por consulta externa

METODO:

SUJETO: Paciente masculino de 14 años, cursa primer grado de secundaria, originario y residente del D.F., de lateralidad diestra.

INTRUMENTOS UTILIZADOS: Tomando en cuenta la edad y la escolaridad del paciente se eligieron los siguientes instrumentos de valoración.

FIGURA COMPLEJA DE REY- OSTERRIETH (REY)
TEST DE COLORES Y PALABRAS (STROOP)
TEST DE CARTAS AL AZAR DE WISCONSIN (WISCONSIN)
ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA ESCOLARES (WISC-R)
PRUEBAS PROYECTIVAS
EDAH
ENTREVISTA CLINICA
HISTORIA CLINICA DE DESARROLLO

RECURSOS: Se contaba con un consultorio de 3.5 metros de largo por 1.5 metros de ancho. Se utilizaron colores, lápices, plumas, cronómetros, plumones, hojas blancas, Protocolos de cada una de las pruebas y los instrumentos de los mismos, carpetas, impresora, computadora.

PROCEDIMIENTO: A continuación se describen los pasos que se siguieron para realizar la valoración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Paso 1: Se asignó cita en coordinación con los padres y el paciente retomando el motivo de la importancia de las revaloraciones que se le realizan cada año a partir del dx. Médico y se acordó la cita iniciar con la valoración.

Paso 2. Se inició Rapport con el paciente, retomando información rescatada de su expediente clínico en el cual hacían referencia a que al paciente le agradaban los juegos de mesa, para establecer mayor empatía con él en nuestra primera sesión se dio un espacio para jugar a rompecabezas. Se inició con la valoración aplicando Figura de Rey y Bender

Paso 3. Se acordó nueva cita con el paciente siempre procurando que no estuvieran muy espaciadas

Paso 4 Se redactó nota en el expediente usando el formato del SOAP, la cual quedó de la siguiente manera

13/06/01

Salud Mental/ Dra. Molina/ Michaca/ Rubio

Paciente ya conocido por el servicio de salud mental el cual acude para revaloración neuropsicológica y emocional como parte de su seguimiento anual.

S. El paciente refiere que en ocasiones le duele la cabeza, que se siente presionado por las tareas de la escuela y en ocasiones se pone nervioso. (Sic. Paciente)

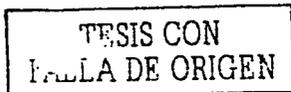
O. Paciente conciente, orientado en sus 3 esferas, su edad aparente es igual a la cronológica, su discurso es coherente y congruente, el juicio en este momento se encuentra conservado, se muestra cooperador ante la valoración, se observa intranquilo, con inquietud motora (manos y pies), se identifican algunos síntomas de ansiedad tales como: hiperhidrosis, miedo a perder el control, taquicardia, parestesias, dificultades para dormir. En el curso del pensamiento se identifican ideas irracionales con respecto al rendimiento académico "debo de ser buen estudiante".

A. Las ideas que el paciente está presentando pueden ser un desencadenante de los síntomas ansiosos que está presentando pero habrá que descartar un problema médico residual.

P. Se continuará con la revaloración

Paso 5. Se continuó con la valoración aplicando Wisconsin, Stroop, las pruebas proyectivas y la lista de chequeo del DSMIV.

Paso 6. Se acuerda de nuevo cita con el paciente



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Paso 7. Se pone nota en el expediente aquí no era necesario utilizar el modelo del SOAP solamente se anotaba que el paciente continuaba en valoración.

21/06/01

Salud Mental /Dra. Molina/Michaca/Rubio

Paciente el cual continúa en revaloración por nuestro servicio

Paso 8. Se continúa con la valoración iniciando con el WISC-R, al estar en la aplicación de esta prueba se observa que se empiezan a presentar la sintomatología ansiosa sobre todo con relación a su desempeño en las pruebas. Se realiza intervención con el paciente, normalizando sus reacciones y realizando algunos ejercicios de relajación diafragmática.

Paso 8. Se acuerda cita con el paciente

Paso 9. Se realiza nota en el expediente con el modelo del SOAP, aquí si se utiliza el SOAP porque durante la valoración se presentaron los síntomas ansiosos.

28/06/01

Salud Mental/Dra. Molina/Michaca/Rubio

Paciente en revaloración por nuestro servicio

S. El paciente refiere que se siente muy nervioso porque no sabe como puede salir en las pruebas ya que no quiere defraudar a sus padres

O. Paciente consciente, orientado en sus 3 esferas, durante la valoración se observó intranquilo, con la presencia de sintomatología ansiosa asociada a su capacidad de desempeño, en el curso del pensamiento se identifican ideas irracionales con respecto a su desempeño académico, así mismo al evaluar sus estrategias de afrontamiento en este momento se identifican que son de tipo emocional aparentemente por la situación ya que anteriormente ha utilizado estrategias más directivas.

A. Las ideas que el paciente se forma sobre las exigencias del medio social y escolar puede estar asociadas a la sintomatología ansiosa de nuestro paciente pero por otro lado puede no ser la única causa ya que habrá que descartar que las secuelas del cuadro psicótico (que presentó durante el inicio de su padecimiento) o las secuelas de la enfermedad inmune estén desencadenando la sintomatología ansiosa. Se realizó intervención conductual normalizando sus reacciones, se hizo relajación diafragmática, con lo cual la sintomatología ansiosa disminuyó, utilizando escala subjetiva el paciente refiere que de una escala de 1-10 (1= Nada de ansioso y 10= Mucha ansiedad) tenía un 8 de nervios posterior a la intervención refiere estar en 2

P. Se continuará con la valoración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se comentará con la Psiquiatra y médicos tratantes

Paso 13. Se continuó con la valoración, pero en esta sesión se abordó el tema de la enfermedad y las secuelas que ésta pudiera tener, el paciente se mostró interesado y cooperador, se concluyó aquí la revaloración.

Paso 14. Se acuerda con el paciente la cita para entrega de resultados

NOTA: En este caso no es necesario realizar la Historia Clínica ya que por ser revaloración ésta ya se tenía, solamente se cambia el Motivo de consulta que en este caso sería: Revaloración por seguimiento y el Padecimiento Actual

10/07/01

Salud Mental/Dra. Molina/Michaca/Rubio

Paciente ya conocido por nuestro servicio con el cual se concluye la revaloración, se da cita para entrega de resultados.

Paso 15. Se entregaron los resultados tanto a los padres como al paciente y se canalizó a los servicios correspondientes y a la institución correspondiente para recibir el apoyo sugerido.

Paso 16. Se dejó cita abierta al paciente para dentro de un año para su nueva revaloración o bien si antes necesitara se explica que se le puede atender.

Paso 17. Se anexa al expediente clínico copia de los resultados de la valoración.

Paso 18. Se entregan los resultados a la Psiquiatra.

Paso 19. Se aborda al médico inmunólogo tratante y de manera informal por medio de una plática se le hace una breve descripción de los resultados obtenidos en el estudio.

RESULTADOS

Los resultados de la valoración fueron proporcionados a los padres del paciente tanto en forma verbal como escrita, en ésta se encontraban las tablas de las pruebas aplicadas y la descripción de cada uno de los procesos cognitivos así como también la descripción de la valoración emocional. Se resolvieron las dudas que surgieron en los padres. Así mismo se daba una breve explicación al paciente de los resultados de las pruebas aplicadas y la conducta a seguir. El reporte escrito de la devolución de los resultados

RECIBIDO CON
FALLA DE ORIGEN

entregados a los padres y anexados al expediente clínico se encuentra en el Anexo 4.

EVALUACIÓN DEL TRABAJO:

Una vez que se concluyó con la valoración se cotejaron los diagnósticos obtenidos con la impresión clínica de la psiquiatra, así como también con el inmunólogo a cargo del paciente, de lo cual se concluye que el paciente presenta un Trastorno Mental Conductual secundario a enfermedad médica en SNC, Rasgos de Personalidad con rasgos Esquizoides y Paranoides, Coeficiente Intelectual Normal Promedio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ACTIVIDADES GENERALES DEL PSICÓLOGO EN CONSULTA EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA

Durante estos últimos 6 meses de rotación solamente el trabajo en el servicio de Hematología estuvo más enfocado a captar más pacientes, realizarle la historia clínica, realizarle valoración de desarrollo (en algunos casos), realizar valoración psicológica y proporcionar intervención (en algunos casos). A continuación se expone nuestro objetivo principal en estos últimos meses de rotación.

OBJETIVO:

- Detectar problemas psicológicos en niños hospitalizados por Leucemia

METODO:

SUJETOS: Se detectaron los problemas psicológicos a pacientes internados en hospitalización o en urgencias que contaran con el diagnóstico de algún tipo de Leucemia. Esto se empezó a realizar a partir del mes de junio al mes de Agosto. Los pacientes atendidos eran en su mayoría del sexo masculino en edades comprendidas entre los 8 meses y los 10 años. Es importante señalar que hubo pacientes a los cuales no se les aplicó la historia clínica debido a factores diversos como mal estado general del paciente, pacientes que murieron a los pocos días de internamiento o bien que se encontraban en urgencias, entre otros factores, pero a pesar de ello en la mayoría de los pacientes atendidos se pudo establecer un diagnóstico.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

- Entrevista semiestructurada
- Lista de cotejo de síntomas
- Manual del DSMIV
- Manual del CIE-10
- Entrevistas de seguimiento (varían en número por cada paciente)
- Formato de Historia clínica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NOTA: No con toda la población atendida se utilizaron todos los instrumentos.

Nota Aclaratoria: En el INP está establecido que los diagnósticos se establecerán a partir del DSMIV ajustándose a cada uno de los padecimientos con sus respectivos criterios.

Lamentablemente no se cuentan con instrumentos estandarizados y validados en México para valorar a niños. Por ello se recurría a los instrumentos antes citados y en ocasiones al Análisis funcional de la conducta o bien al registro de las conductas problemáticas.

RECURSOS: Se contaba con los formatos de las historias aplicadas, con carpetas, plumas, hojas blancas, con el manual del DSMIV, en cuanto al espacio físico los pacientes eran atendidos en sus respectivas salas de hospitalización ya que en piso no se contaba con algún espacio físico para psicología.

PROCEDIMIENTO: De manera general se explican los pasos que se siguieron para la evaluación de la población.

Paso 1: Se pasaba visita al piso de Hematología

Se visitaba el piso de Hematología mínimo 3 veces a la semana en el cual se realizaba una lista de los pacientes que se encontraban internados.

Paso 2: Se seleccionaba a los pacientes que contaban con algún tipo de Leucemia

Ya que se tenía la lista de pacientes eran seleccionados solo los pacientes con Leucemia y los que contaban con algún otro diagnóstico hematológico eran canalizados si era necesario a psiquiatría.

Paso 3: Se realizaba asignación de pacientes a las residentes

Se asignaban a los pacientes a las residentes de psicología generalmente se procuraba que se tuviera el mismo número de pacientes para que ninguna de las residentes se viera saturada de trabajo.

Paso 4: Se captaba al paciente y su familia

Ya seleccionados los pacientes estos eran captados por las residentes, es decir, se realizaba la presentación con el enfermo y su familia, se les proporcionaba una breve explicación de quienes éramos, que éramos y en que los podíamos ayudar así como también a grandes rasgos se exponía la forma de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trabajo. Esto se realizaba bien en presencia del paciente o si se consideraba no apto se les explicaba por separado tanto a los padres como al niño.

Paso 5: Se acordaba un día para realizar la entrevista de primera vez. Se llegaba a un acuerdo con los padres para realizar una primera entrevista, se les mencionaba que era importante registrar algunos datos y saber como se podía ayudar a su hijo.

Paso 6: Se investigaba si ya habían sido apoyados por el servicio de salud mental.

Sobre todo con los padres que no eran de recién diagnóstico era importante investigar si anteriormente habían recibido apoyo psicoterapéutico, si los padres comentaban que ya habían recibido apoyo se investigaba quién se lo estuvo proporcionando o bien si se lo seguían dando.

Paso 7: Determinar el actuar

Es decir, si a los papás y al paciente los estaban atendiendo se les decía que se necesitaba investigar si el profesionalista los seguiría apoyando o bien se les apoyaría por las residentes. Si a los padres y al paciente los habían atendido residentes de psicología de años pasados, se les explicaba que era necesario dar un seguimiento al trabajo psicológico que ya estaba iniciado y que era necesario recolectar algunos datos importantes y explicarles el trabajo a realizar.

Paso 8: Se investigaba quien atendería al paciente

Al revisar los expedientes se cotejaba la información proporcionada por el padre o el paciente y se registraba quien proporcionó el apoyo psicológico. Si las ex residentes de psicología lo habían hecho se procedía con los siguientes pasos pero si era alguna otra persona se le preguntaba a la supervisora in situ si se podía captar o no al paciente, si la supervisora señalaba que se viera al paciente se procedía con los siguientes pasos, si no se podía captar por otras razones se le explicaba tanto a los padres como al paciente que seguirían siendo atendidos por su psicólogo o psiquiatra de siempre.

Paso 9: Realizar la entrevista de primera vez. Con los padres

Establecido el día se realizaba la entrevista de primera vez tanto con el niño como con los padres, por separado. En esta primera entrevista el objetivo principal era poder cumplir con los cuatro elementos de la entrevista: componentes de relación, definición del problema, oferta del tratamiento y cierre. Nos presentábamos con los padres y se hacía cualquier comentario del clima, de la dificultad para encontrar sillas, etc. posteriormente se cotejaban

algunos de los datos obtenidos en el expediente clínico del INP nombre, ocupación, lugar de residencia, escolaridad, nivel socioeconómico, etc. Se le preguntaba a los padres como fue el inicio del padecimiento del niño solo los síntomas físicos y que habían hecho ellos cuando empezó el niño a presentar estos síntomas. Una vez abordado esto se empezaba a explorar con los padres sobre la sintomatología psicológica del niño, es decir de cómo ha visto a su paciente a partir de la enfermedad (triste, enojado, tranquilo, nerviosos, con llanto, etc). Información acerca de los principales síntomas físicos de su paciente (inicio del padecimiento) así como también cuales serían para ellos los principales problemas que están teniendo sus pacientes para estar en el hospital si ellos consideran que tienen dificultades, si los padres referían que no identificaban ninguna dificultad esto se exploraba en otro momento. Es importante señalar con respecto a este que solamente dos padres de los 15 captados en estos primeros 6 meses mencionaron que sus pacientes no tenían ninguna dificultad para la adaptación al hospital o a la enfermedad. Dichos padres posteriormente solicitaron de manera voluntaria el apoyo psicológico. (Identificación del problema). Así mismo durante el curso de la entrevista se trataba de evaluar la conciencia de enfermedad, el locus de control y las estrategias de afrontamiento, la conciencia de enfermedad y si ésta no existía se identificaba el por qué (por falta de información, por falta de comprensión de la misma, etc.). Posteriormente se procedía a explicar a los padres sobre la forma de cómo se le podía ayudar tanto a ellos como a su paciente, así como también la manera de cómo se trabajaría con ambos (oferta del tratamiento), enseguida se procedía a resolver dudas de los padres y en caso que no nos correspondían (por ejemplo saber el pronóstico del paciente) se canalizaba con el médico correspondiente. Se procedía a establecer los días de trabajo. (cierre de la sesión).

Es importante señalar que en muchos casos los padres entraban en crisis de Ansiedad (ataque de pánico) y se tenía que dar intervención en crisis por lo que si no se alcanzaban a recolectar algunos de los datos se realizaban en otra entrevista, aunque el hecho de que los padres entren en crisis también nos proporciona datos importantes de ellos. Posteriormente se realizaba otra entrevista.

Nota Aclaratoria: Antes de realizar la entrevista siempre se revisaban los expedientes para poder identificar con que "clase" de papás y de pacientes se iba a tratar. Se revisaban los datos de nombre, ocupación, lugar de residencia, escolaridad, edades, dinámica familiar, etc. Algo importante era ver cuanto tenía el paciente con los síntomas (adinamia, astenia, epixtasis, etc.) y si los padres ya habían acudido a otros hospitales o médicos o bien dejaron que los

síntomas se agravaran y decidieron acudir a buscar atención médica. (Estos datos son importantes porque así podemos hipotetizar como son los padres y en que ambiente ha estado inmerso el paciente.)

Paso 10. Realizar entrevista de primera vez. Con los pacientes

Se realizaba la entrevista con los niños, en general se utilizaban los mismo objetivos que en la entrevista de los padres, pero siempre se trataba de jugar un rato con los niños (componentes de relación) y en ocasiones durante el mismo juego iniciar la entrevista, o bien acabar de jugar y realizarla. Con los niños siempre se cuidó el nivel cognitivo, la edad del niño, la escolaridad, ya que debido a esto nuestro lenguaje tenía que cambiar dependiendo de esto. Se investigaba en el niño si sabía como se llamaba su enfermedad y que tanto sabía de su enfermedad (conciencia de enfermedad), si tenía algún tipo de creencias religiosas, por qué creía él que se había enfermado (locus de control), como le hacía él para resolver algunos problemas que hubiera tenido ya sea con sus papás, amigos, primos, etc. Así también se exploraba como se encontraba emocionalmente, es decir se le preguntaba como se sentía (la mayoría decía bien, por ello se tenía que dar opciones), se le decía si se sentía o había sentido en algún momento triste, enojado, contento, tranquilo, con dolor, con miedo, entre otras cosas. (identificar el problema), una vez hecho lo anterior se le explicaba al niño de que manera se le podía ayudar para que se pudiera sentir mejor o bien no tan mal. (oferta del tratamiento), se resolvían algunas dudas que surgían en los pequeños y se acordaba los días que se le visitaría. (cierre).

Paso 11: Para la realización de la nota en el expediente de la entrevista de primera vez, de la historia clínica con los padres y de la entrevista de primera vez se realizaba los mismos pasos que se expusieron para el cumplimiento del objetivo: "iniciarle expediente psicológico", en el apartado de realización de nota de primera vez y de historia clínica.

Paso 12: Se hacía la detección de los problemas psicológicos

El número de sesiones para realizar una detección del o los problemas psicológicos varía mucho sobre todo porque había pacientes con los cuales se podía establecer un diagnóstico desde la primera entrevista y otros con los que el proceso era más complicado por diversos motivos (pacientes en la unidad de terapia intensiva (UTI), pacientes sedados, con enfermedad terminal, etc.)

Para la detección de los problemas psicológicos se utilizaban las diversas entrevistas realizadas a los pacientes, la historia clínica de desarrollo y los

criterios del DSMIV. Se correlacionaban todos los datos obtenidos de las entrevistas, de los datos de la historia clínica, lo referido por los padres y el personal médico, lo observado por la terapeuta y la sintomatología que presentaba el paciente, así como también lo referido por los niños con estos datos se realizaba una Impresión diagnóstica o bien se llegaba a un diagnóstico psicológico.

En cuanto al manual del DSMIV este es necesario utilizarlo porque es por disposición del INP utilizarlo como elemento diagnóstico.

Lamentablemente no se cuenta con instrumentos estandarizados y validados en México para la población infantil. Esto constituía una limitante para poder contar con instrumentos más estandarizados al momento de emitir un diagnóstico.

Cuando el paciente se encontraba en la Unidad de Terapia Intensiva, sedado o bien con la enfermedad en fase terminal se dificultaba proporcionar apoyo psicoterapéutico o bien detectar los problemas psicológicos del paciente, el trabajo en este sentido estaba más orientado a proporcionar Terapia de apoyo a los padres.

Paso 13. Se realizaba nota en el expediente clínico. Utilizado el modelo del SOAP.

Paso 14. Se informaba del diagnóstico.

Se les proporcionaba una breve explicación tanto a los padres como al paciente sobre los resultados de la valoración, en la mayoría de los casos no se les decía el nombre tal cual (por ejemplo un trastorno de adaptación con síntomas depresivos) sino que se les decía que el niño presentaba algunas dificultades para adaptarse al hospital, que se ponía un nervioso ante los procedimientos médicos y que por lo tanto se tenía que trabajar en conjunto con ellos para que el niño estuviera lo mejor posible.

La explicación se daba de esta forma ya que en un 90% de los casos los padres provenían de estratos socioeconómicos muy bajos y con nula o muy poco nivel de escolaridad. Pero algo que se pudo observar en el transcurso de estos primeros seis meses es que muchos padres sobre todo los que ya tenían más de seis meses del diagnóstico de sus hijos se iban desarrollando mucho mejor en el hospital e incluso en muchas ocasiones aprendían como tranquilizar a los niños sobre todo los padres que ya habían sido vistos por psicología ya que los padres que no habían recibido algún tipo de ayuda psicológica se les dificultaba

el manejo de sus pacientes provocando que se desesperaran y en ocasiones reprendían de manera significativa a los niños.

Paso 15. Se proponía el plan de trabajo

Se le explicaba a los padres y al paciente la forma de cómo se iba a trabajar siempre tratando de comprometer a ambas partes.

Paso 16. Se informaba a la supervisora in situ sobre el plan de trabajo

Siempre fue necesario informar a la supervisora sobre la estrategia del trabajo con el paciente, esto con el fin de recibir retroalimentación sobre el plan.

Nota Aclaratoria: De acuerdo a las intervenciones psicológicas

Debido a la gran carga de trabajo se dificultaba mucho poder seguir como tal un plan de tratamiento rígido ya que el tiempo no alcanzaba para realizar todas las actividades asignadas por la supervisora in situ o bien las citas de los pacientes eran inconsistentes y sea porque el paciente se hubiese agravado, no tenían dinero, etc.

RESULTADOS:

Como anteriormente se expuso los resultados del paciente fueron proporcionados a los padres de manera verbal aunque en ocasiones se utilizaban apoyos visuales. Así mismo se les explicaba cual era el plan de trabajo a realizar y las formas de apoyo que se necesitaban de ellos. Así mismo los resultados eran también escritos en el expediente clínico y se les informaba al equipo médico sobre el diagnóstico de los pacientes y el plan de tratamiento.

Otros de los logros importantes son el trabajo de recopilación de 55 pacientes que contienen su entrevista de primera vez, historia clínica (con todos los datos de desarrollo), los diagnósticos psicológicos con dos evaluaciones una de las cuales corresponde el diagnóstico inicial al captar al paciente y otra al finalizar la rotación.

EVALUACION DE LOS RESULTADOS:

Los resultados obtenidos servirán para realizar una descripción de las características de desarrollo y de problemas psicológicos en pacientes con Leucemia. Este tipo de estudios es significativo ya que en nuestro país no existe mucha investigación descriptiva al respecto. Otro de los beneficios que se obtuvieron fue el de lograr un espacio y reconocimiento del trabajo realizado por el servicio de Hematología e incluso se nos ha pedido que algunos

de los datos que se obtuvieron se les proporcionado para realizar una base de datos y posibles investigaciones futuras.

A continuación se exponen los resultados obtenidos de la muestra. Se realizaron 55 historias clínicas de niños del servicio de Hematología con diagnóstico de Leucemia. Los pacientes fueron divididos en grupo de edades quedando cinco grupos. El primero, denominado lactantes mayores de 1 y 2 años de edad; preescolares de 3 a 5 años de edad; escolares de 6 a 12 años de edad y adolescentes de 13 a 15 años de edad.

ANÁLISIS CON
DE ORIGEN

Resultados del grupo de lactantes mayores.

En este grupo la muestra fue de 10 pacientes, la distribución por géneros fue de 50% varones y 50% niñas. La edad promedio fue de 1.4 ± 0.51 . El lugar de residencia referido fue 60% provenientes de provincia y el 40% de la ciudad de México. La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 80% tienen bajos recursos, mientras que el 20% tienen un nivel medio. La ocupación más frecuente de los padres fue 80% oficio, mientras que el 10% refirió ser comerciante y 10% profesionista. Las madres son amas de casa en un 80%, mientras que el 20% tienen un oficio.

En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que el 30% son familiares nucleares, el 30% son extensas, el 20% fragmentada, el 10% reconstituida con una nueva pareja y el 10% son madres solteras.

Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 80% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la comunicación es encubierta y la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 20% de familias funcionales.

En cuanto a los diagnósticos médicos la distribución es la siguiente un 60% presenta LAL, un 30% LAM y un 10% LAG, el tiempo del diagnóstico el 90% fueron de recién diagnóstico y solamente el 10% ya tenía 11 meses con el diagnóstico de Leucemia, en cuanto a la etapa de tratamiento en la que se encontraban un 20% se encontraba en inducción a la remisión, un 60% en mantenimiento un 20% en recaída y otro 10% no aplica porque se murió al poco tiempo. La localización de la recaída fue en la Médula Osea. Así mismo el 80% de los pacientes se encontraban con tratamiento a base de quimioterapia y el resto, es decir el 20% no aplica (por la recaída y muerte). El 20% de los pacientes murió.

Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 70% de los niños presentó trastorno de ansiedad de separación y el 30% no presentó psicopatología alguna. En el Eje II, el 50% presentó trastorno del desarrollo de la coordinación, el 30% no tuvo psicopatología, el 10% tuvo trastornos en el desarrollo del lenguaje y el 10% presentó síntomas de problemas conductuales, sin llegar a cumplir criterios clínicos para un trastorno oposicionista desafiante. En el Eje III, el 60% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica, el 30% Leucemia aguda mieloblástica y el 10% Leucemia aguda granulocítica. En el Eje IV, el 60% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, y el resto se distribuyó de forma equitativa

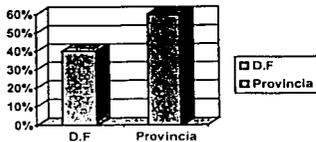
TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

presentando factores estresantes como la enfermedad terminal, enfermedad y disfunción familiar, disfunción familiar únicamente y los que no tuvieron psicopatología.

En cuanto a los antecedentes médicos de la madre se identificaron que un 70% era gesta 1, en un 20% representaba su segunda gesta y en un 10% tuvieron gesta 3. En relación al número de hijo la distribución fue equitativa en un 50% entre primero y segundo hijo. Al explorar la evolución del embarazo se menciona que un 70% reportaron que no tuvieron ninguna complicación durante el embarazo y un 30% presentaron algún tipo de complicación. Un 50% presentó embarazos a término y un 40% fueron obtenidos a pretérmino y en un 10% a postérmino, en cuanto las complicaciones durante el parto en un 80% no se presentaron y en un 20% se presentó sufrimiento fetal agudo, por otro lado un 80% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico, un 10% por distócico y otro 10% por cesárea.

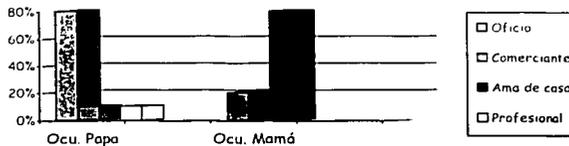
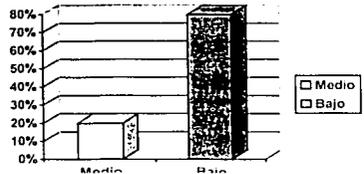
En cuanto a los antecedentes de desarrollo se observa que el 50% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 40% lo controló antes de los 3 meses y un 10% no lo recuerda. La sedestación sin ayuda el 40% la obtuvieron antes de los 6 meses un 20% entre los 6 y los 7 meses, otro 20% después de los 7 meses y un último 20% no lo recuerda, en cuanto al gateo un 60%, no lo presentó, un 20% lo tuvo antes de los 8 meses y un 20% después de los 10 meses. En la marcha el 30% no la ha presentado, un 10% lo presentó antes del año de edad, un 20% después de los 15 meses, un 20% lo presentó entre los 12 y 15 meses y un 20% no aplica por la edad. En el desarrollo del lenguaje para conversar tenemos que un 70% no aplica por la edad y un 30% lo presentó entre los 2 y los 3 años. Así mismo es importante señalar que en un 90% los pacientes presentan hipersomnia a partir del diagnóstico médico y solamente un 10% está ausente. En cuanto al temperamento de los niños de 1 año de edad y de 2 años la distribución fue la misma 30% en cada caso fue reportado como irritable, poco tolerante ante las demoras, inquieto y un 10% como un niño tolerante y tranquilo, en contraste

En cuanto a algunos datos de hallazgo se tiene que en el estado de ánimo de las madres durante el embarazo un 50% mencionaron que estuvieron deprimidas 40% refirió haber estado normal y en un 10% se mencionaron datos de ansiedad.



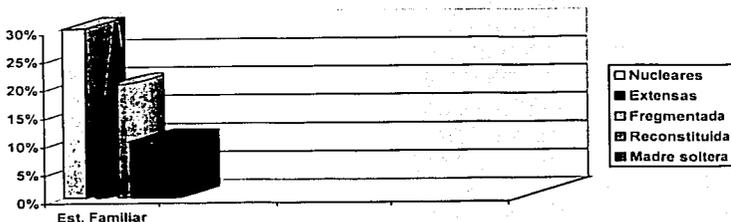
El lugar de residencia referido fue 60% provenientes de provincia y el 40% de la ciudad de México

La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 80% tienen bajos recursos, mientras que el 20% tienen un nivel medio

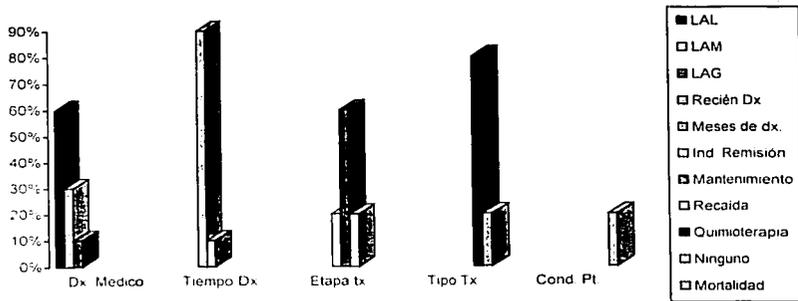


En cuanto a la ocupación del papá el 80% tiene un oficio y el 20% es comerciante en contraste con las madres el 80% son amas de casa y en un 20% cuentan con un oficio

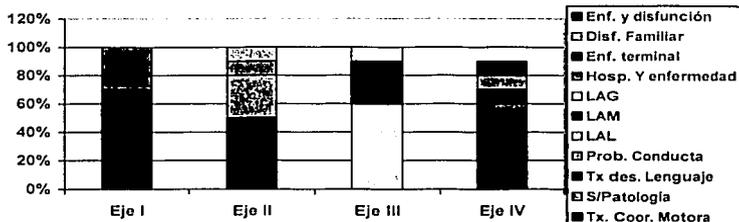
TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN



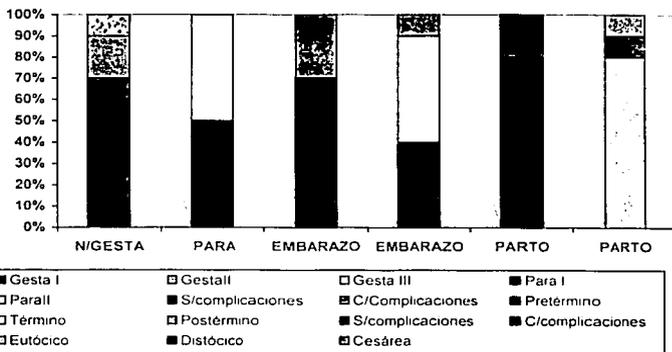
Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 80% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la comunicación es encubierta y la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 20% de familias funcionales, en las cuales hay buena comunicación, roles definidos y consistentes. En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que el 30% son familiares nucleares, el 30% son extensas, el 20% fragmentada, el 10% reconstituida con una nueva pareja y el 10% son madres solteras.



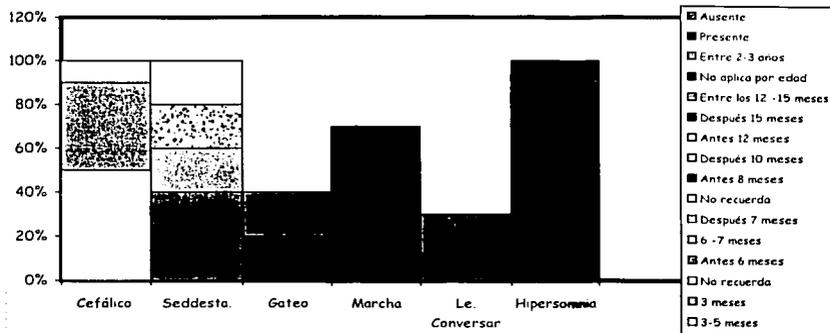
En cuanto a los aspectos médicos tenemos que el 60% de nuestros pacientes el contaban con el diagnóstico de LAL (Leucemia Aguda Linfoblástica), un 30% con el de LAM (Leucemia Aguda Mieloblástica) y en un 10% LAG (Leucemia Aguda Granulocítica Crónica). En cuanto al tiempo del diagnóstico el 80% fueron de recién dx. Y el 20% ya tenía 11 meses del diagnóstico. En cuanto a la etapa de tx. En un 60% se encontraba en mantenimiento, un 20% en inducción a la remisión y en un 20% en recaída. En cuanto al tx. El 80% se encontraba recibiendo quimioterapia y el 20% restante no aplica porque se encontraba ya en Recaída los cuales murieron al poco tiempo.



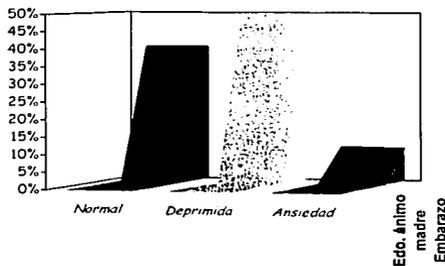
Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 70% de los niños presentó trastorno de ansiedad de separación y el 30% no presentó psicopatología alguna. En el Eje II, el 50% presentó trastorno del desarrollo de la coordinación, el 30% no tuvo psicopatología, el 10% tuvo trastornos en el desarrollo del lenguaje y el 10% presentó síntomas de problemas conductuales, sin llegar a cumplir criterios clínicos para un trastorno oposicionista desafiante. En el Eje III, el 60% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica, el 30% Leucemia aguda mieloblástica y el 10% Leucemia aguda granulocítica. En el Eje IV, el 60% del desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, y el resto se distribuyó de forma equitativa presentando factores estresantes como la enfermedad terminal, enfermedad y disfunción familiar, disfunción familiar únicamente y los que no tuvieron psicopatología.



En cuanto a los antecedentes médicos de la madre se identificaron que un 70% era gesta I, en un 20% representaba su segundo gesta y en un 10% tuvieron gesta 3. En relación al número de hijo la distribución fue equitativa en un 50% entre primero y segundo hijo. Al explorar la evolución del embarazo se menciona que un 70% reportaron que no tuvieron ninguna complicación durante el embarazo y un 30% presentaron algún tipo de complicación. Un 50% presentó embarazos a término un 40% fueron obtenidos a pretérmino y en un 10% a posttérmino, en cuanto las complicaciones durante el parto en un 80% no se presentaron y en un 20% se presentó sufrimiento fetal agudo, por otro lado un 80% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico, un 10% por distócico y otro 10% por cesárea.



En los antecedentes de desarrollo el 50% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 40% lo controló antes de los 3 meses y un 10% no lo recuerda. La sedestación sin ayuda el 40% la obtuvieron antes de los 6 meses un 20% entre los 6 y los 7 meses, otro 20% después de los 7 meses y un último 20% no lo recuerda, en cuanto al gateo un 60%, no lo presentó, un 20% lo tuvo antes de los 8 meses y un 20% después de los 10 meses. En la marcha el 30% no la ha presentado, un 10% lo presentó antes del año de edad, un 20% después de los 15 meses, un 20% lo presentó entre los 12 y 15 meses y un 20% no aplica por la edad. En lenguaje para conversar un 70% no aplica por la edad y un 30% lo presentó entre los 2 y los 3 años. Así mismo es importante señalar que en un 90% los pacientes presentan hipersomnia a partir del diagnóstico médico y solamente un 10% está ausente



En cuanto a algunos datos de hallazgo se tiene que en el estado de ánimo de las madres durante el embarazo un 50% mencionaron que estuvieron deprimidas 40% refirió haber estado normal y en un 10% se mencionaron datos de ansiedad

RESULTADOS DEL GRUPO DE PREESCOLARES:

En este grupo la muestra fue de 15 pacientes, la distribución por géneros fue de 53.3% varones y 46.7% niñas. La edad promedio fue de 4.1±.743. El lugar de residencia referido fue 40% provenientes de provincia y el 60% de la ciudad de México. La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 100% son de bajos recursos económicos. La ocupación más frecuente de los padres fue 73.3% oficio, mientras que el 13.3% refirió estar desempleado, un 6.7% ser campesino y el 6.7% no sabe. Las madres son amas de casa en un 93.3%, mientras que el 6.7% son comerciantes.

En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que el 33.3% son familiares nucleares, el 40.0% son extensas, el 13.3% fragmentada, el 6.7% reconstituida con una nueva pareja y el 6.7% son madres solteras. Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 73.3% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la comunicación es encubierta y la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 26.7% de familias funcionales.

En cuanto a los diagnósticos médicos la distribución es la siguiente un 93.3% presenta LAL y un 6.7% LAM, en cuanto al tiempo del diagnóstico el 26.7% fueron de recién diagnóstico, el 20% tenía ya dos años de evolución y de manera equitativa con el 6.7% se distribuyeron entre los siguientes meses el 1,3,7,9,10,15,23 y 39 meses del diagnóstico. En cuanto a la etapa de tratamiento en la que se encontraban un 20% se encontraba en inducción a la remisión, un 66.6% en mantenimiento un 13.3% en recaída. En cuanto al número de recaída el 80% de los pacientes no presentaban recaídas pero el 13.3% contaba con una recaída y el 6.7% ya presentaba dos recaídas. La localización de la recaída fue en un 20% a médula ósea y un 6.7 a SNC. Así mismo el 86.7% de los pacientes se encontraban con tratamiento a base de quimioterapia y el resto, es decir el 13.30% se encontraba recibiendo quimioterapia de rescate. Hasta el momento no había fallecido ningún paciente.

Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 33.3% de los niños presentó trastorno de ansiedad de separación, un 26.7% se encontraba sin patología, un 13.3% presentaba trastorno en el estado de ánimo (distimia), otro 13.3% presentó trastorno adaptativo mixto (emociones y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comportamiento), en un 6.7% se diagnosticó como un trastorno de ansiedad generalizada, en otro 6.7% trastorno adaptativo ansioso.

En el Eje II, el 33.4 presentó problemas de conductas, un 26.7% presentaron Trastornos del lenguaje, en un 13.3% tuvieron la combinación entre trastorno del lenguaje y problemas de conducta, el 6.7% presentaba problemas de aprendizaje y un 20% se encontraba sin patología.

En el Eje III, el 99.3% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica, el 6.7% Leucemia aguda mieloblástica.

En el Eje IV, el 46.7% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 40% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familia y en un 13.3% lo ocupa la historia de disfunción familiar.

En cuanto a los antecedentes prenatales y los aspectos del vínculo madre - hijo se identificaron que un 46.7% era gesta 1, en un 26.7% representaba su segunda gesta y en un 26.70% representaba su gesta 3. Con relación al número de hijo la distribución fue que en un 46.7% representaba ser su segundo hijo, en un 40% era su primer hijo y en un 13.3% era su tercer hijo. Al explorar la evolución del embarazo se refiere que un 86.7% cursaron sin complicaciones mientras que in 13.3% presentó alguna complicación. En cuanto al la duración de la gestación se menciona que un 40% presentó embarazos a término un 26.7% fueron obtenidos a pretérmino y en un 33.3% a postérmino, en cuanto las complicaciones durante el parto se menciona que un 80% reportaron que no tuvieron ninguna complicación durante el mismo, 13.3% mencionaron sufrimiento fetal agudo y un 6.7% hipoxia perinatal, por otro lado un 60% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico y un 40% por cesárea. En cuanto a la interacción de la madre con el paciente durante el primer año de vida de este se refiere que en un 40% la conducta de la madre fue de sobreprotección, en un 33.3% se mencionan dificultades para detectar sus necesidades básicas, en un 20% la interacción fue empática y en un 6.7% hubo abandono materno. Durante el segundo año de vida la sobreprotección aumentó a un 46.7%, las dificultades para detectar las necesidades básicas y la interacción empática cada una se presentaron en un 20%, así también se distribuyó de manera equitativa con un 6.7% cada uno el abandono materno y la necesidad de una figura auxiliar.

En cuanto a los antecedentes de desarrollo se observa que el 53.3% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 20% lo controló antes de los 3 meses y un 26.7% no lo recuerda. La sedestación sin ayuda el 13.3% la obtuvieron antes de los 6 meses un 26.7%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

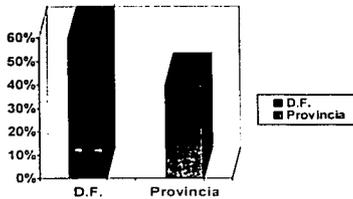
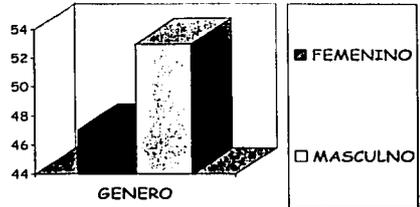
entre los 6 y los 7 meses , otro 46.7% después de los 7 meses y un último 13.3% no lo recuerda, en cuanto al gateo un 53.3%, no lo presentó, un 20% lo tuvo antes de los 8 meses, un 6.7 entre los 8 y los 10 meses, mientras que otro 6.7% después de los 10 meses y por último un 13.3% no lo recuerda. En la marcha un 73.3% la presentó entre los 12 y los 15 meses, un 13.3% antes del año de edad, y de manera equitativa con un 6.7% se distribuyen cada uno los pacientes que la presentaron después de los 15 meses y los que no recuerdan. En cuanto al lenguaje para conversar en un 46.7% la presentaron entre los 2 y los 3 años, un 33.3% después de los 3 años mientras que en un 20% no lo recuerdan. En cuanto al control anal la distribución fue que en un 80% lo lograron entre los 2 y los 3 años, en un 13.3% antes de los dos años y en un 6.7% no está dominado aún, mientras que en el control vesical el 66.7% lo dominó entre los 2 y los 3 años un 20% antes de los dos años y un 6.7% después de los 3 años así mismo con un 6.7% aún no lo han dominado. Al explorar el área del aprendizaje los padres refieren en un 73.3% no ha presentado problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico pero en un 20% si lo han presentado mientras que en un 7% no lo sabe. Es importante señalar que un 66.7% de los niños ha presentado hipersomnia, un 26.7% nunca la ha presentado y en un 6.7% los padres reportaron desconocer si la ha presentado o no. En cuanto al temperamento de los niños durante su primer año de edad el 60% fue reportado como tranquilo, con tolerancia a la demora, poco demandante mientras que un 33.3% lo refieren como irritable, poco tolerante y en un 6.7% mencionan una combinación entre ambos. Al segundo año de vida el 53.3% lo reportan como tranquilo y tolerante mientras que un 40% como irritable y poco tolerante y el mismo 6.7% que el primer año con características mixtas. En cuanto al estado afectivo de las madres durante el embarazo la distribución para este grupo de edad queda de la siguiente manera un 60% mencionó haber cursado el embarazo con estado de ánimo deprimido, un 26.7% con ansiedad, un 6.7% con depresión y ansiedad y por último un 6.7% haber cursado normal. En lo que corresponde al estado afectivo de las madres a un año de nacido el hijo se refiere en un 46.7% haber estado sin problemas, un 33.3% mencionan haber cursado con depresión, en un 13.3% con ansiedad y depresión y en un 6.7% con ansiedad solamente. En el segundo año de nacido en paciente se refieren los mismos porcentajes que en el primer año de vida

A continuación se presentan los resultados de forma gráfica:

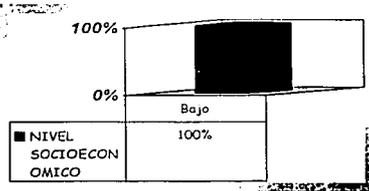
TRUCO CON
FALLA DE ORIGEN

PREESCOLARES

En este grupo la muestra fue de 15 pacientes, la distribución por géneros fue de 53.3% varones y 46.7% niñas

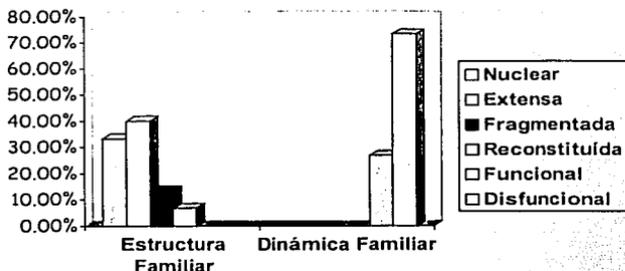


El lugar de residencia referido fue 40% provenientes de provincia y el 60% de la ciudad de México

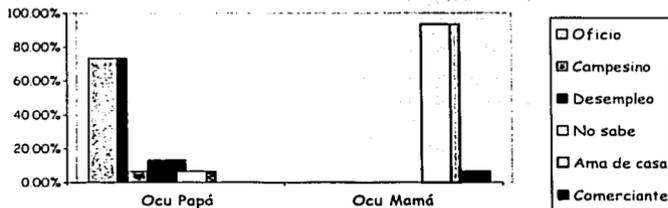


El 100% de los pacientes eran de bajo nivel socioeconómico

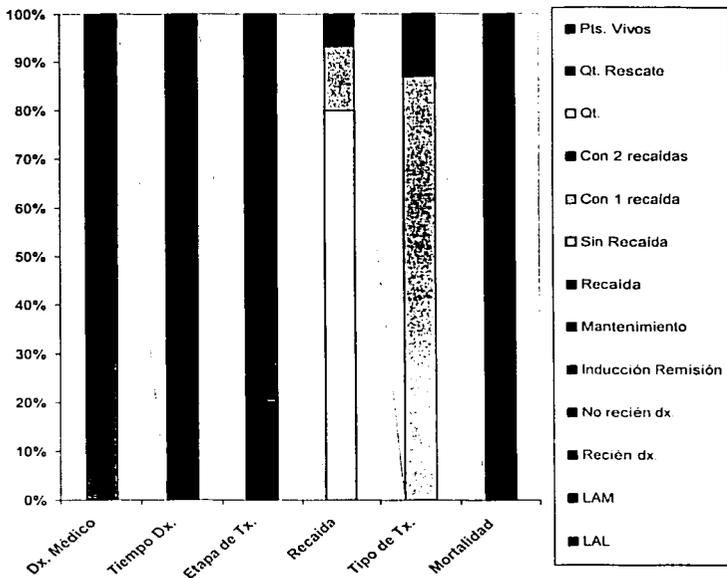
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En la estructura familiar, el 33.3% son familiares nucleares, el 40.0% extensas, el 13.3% fragmentada, el 6.7% reconstituida con una nueva pareja y el 6.7% son madres solteras. En la dinámica familiar, el 73.3% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 26.7% de familias funcionales.

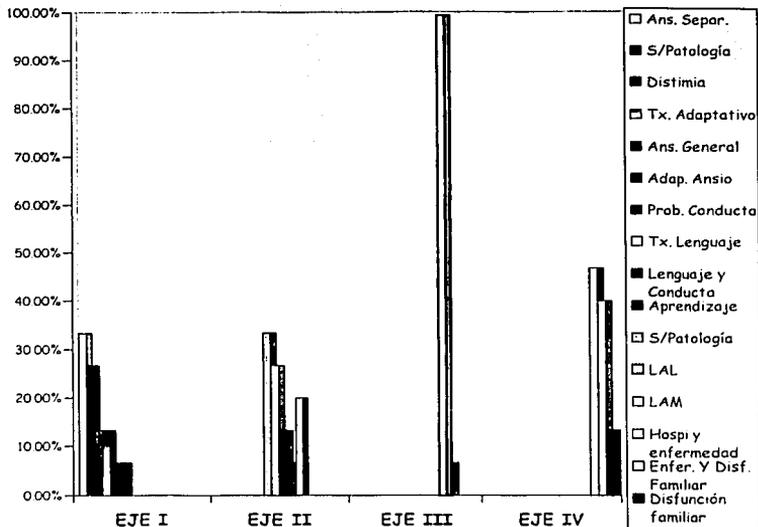


La ocupación más frecuente de los padres fue 73.3% oficio, mientras que el 13.3% refirió estar desempleado, un 6.7% ser campesino y el 6.7% no sabe. Las madres son amas de casa en un 93.3%, mientras que el 6.7% son comerciantes.



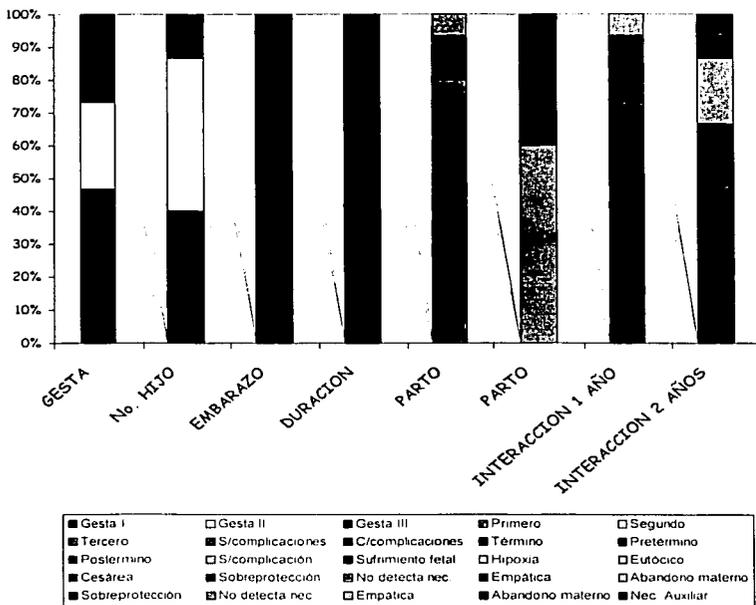
En los diagnósticos médicos la distribución fue con 93.3% presenta LAL y un 6.7% LAM, en el tiempo del diagnóstico el 26.7% fueron de recién diagnóstico, el 20% tenía ya dos años de evolución y de manera equitativa con el 6.7% se distribuyeron entre los siguientes meses el 1, 3, 7, 9, 10, 15, 23 y 39 meses del diagnóstico. En cuanto a lo etapa de tratamiento un 20% se encontraba en inducción a la remisión, un 66.6% en mantenimiento un 13.3% en recaída. En el número de recaída el 80% de los pacientes no presentaban recaídas pero el 13.3% contaba con una recaída y el 6.7% ya presentaba dos recaídas. En el tratamiento el 86.7% de los pacientes se encontraban con tratamiento a base de quimioterapia y el resto, es decir el 13.30% se encontraba recibiendo quimioterapia de rescate. Hasta el momento no había fallecido ningún paciente.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN



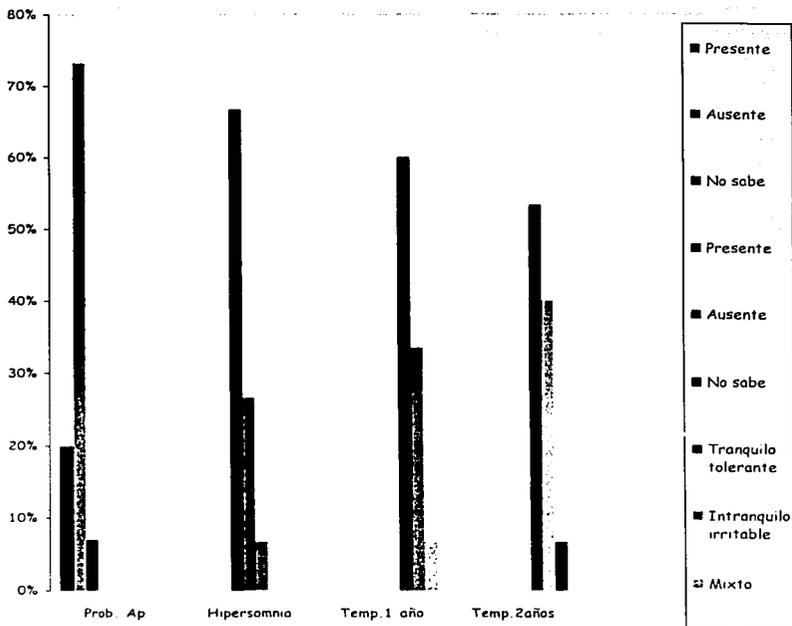
Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 33.3% de los niños presentó trastorno de ansiedad de separación, un 26.7% se encontraba sin patología, un 13.3% presentaba trastorno en el estado de ánimo (distimia), otro 13.3% presentó trastorno adaptativo mixto (emociones y comportamiento), en un 6.7% se diagnosticó como un trastorno de ansiedad generalizada, en otro 6.7% trastorno adaptativo ansioso. En el Eje II, el 33.4% presentó problemas de conductas, un 26.7% presentaron Trastornos del lenguaje, en un 13.3% tuvieron la combinación entre trastorno del lenguaje y problemas de conducta, el 6.7% presentaba problemas de aprendizaje y un 20% se encontraba sin patología. En el Eje III, el 99.3% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda linfoblástica, el 6.7% Leucemia aguda mieloblástica. En el Eje IV, el 46.7% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 40% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familia y en un 13.3% lo ocupa la historia de disfunción familiar.

TRABAJOS CON
FAMILIA DE ORIGEN

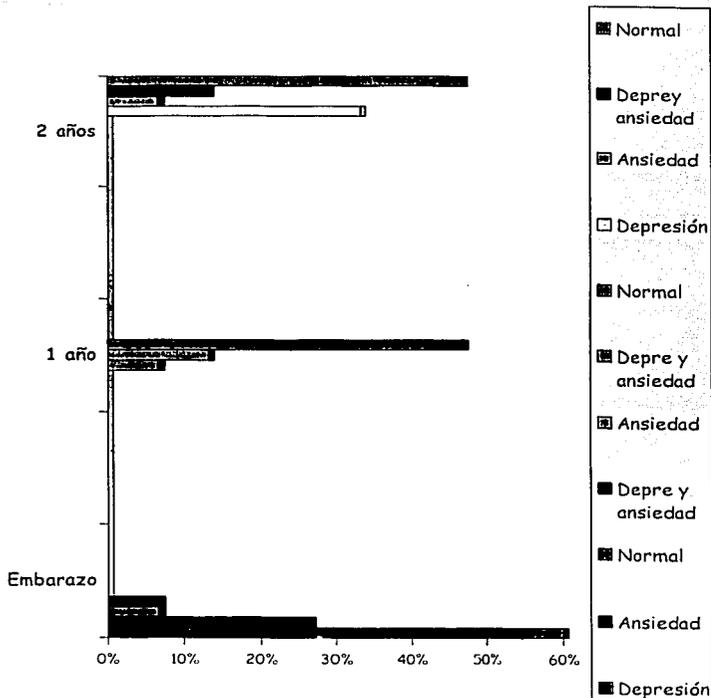


En cuanto a los antecedentes prenatales y los aspectos del vínculo madre - hijo se identificaron que un 46.7% era gesta I, en un 26.7% representaba su segunda gesta y en un 26.70% representaba su gesta 3. Con relación al número de hijo la distribución fue que en un 46.7% representaba ser su segundo hijo, en un 40% era su primer hijo y en un 13.3% era su tercer hijo. Al explorar la evolución del embarazo se refiere que un 86.7% cursaron sin complicaciones mientras que un 13.3% presentó alguna complicación. En cuanto a la duración de la gestación se menciona que un 40% presentó embarazos a término un 26.7% fueron obtenidas a pretérmino y en un 33.3% a postérmino, en cuanto las complicaciones durante el parto se menciona que un 80% reportaron que no tuvieron ninguna complicación durante el mismo, 13.3% mencionaron sufrimiento fetal agudo y un 6.7% hipoxia perinatal, por otro lado un 60% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico y un 40% por cesárea. En cuanto a la interacción de la madre con el paciente durante el primer año de vida de este se refiere que en un 40% la conducta de la madre fue de sobreprotección, en un 33.3% se mencionan dificultades para detectar sus necesidades básicas, en un 20% la interacción fue empática y en un 6.7% hubo abandono materno. Durante el segundo año de vida la sobreprotección aumentó a un 46.7%, las dificultades para detectar las necesidades básicas y la interacción empática cada una se presentaron en un 20%, así también se distribuyó de manera equitativa con un 6.7% cada una el abandono materno y la necesidad de una figura auxiliar.

TRISOMIA
CON
FALLA DE ORIGEN



Al explorar el área del aprendizaje los padres refieren en un 73.3% no ha presentado problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico pero en un 20% si lo han presentado mientras que en un 7% no lo sabe. Es importante señalar que un 66.7% de los niños ha presentado hipersomnia, un 26.7% nunca la ha presentado y en un 6.7% los padres reportaron desconocer si la ha presentado o no. En cuanto al temperamento de los niños durante su primer año de edad el 60% fue reportado como tranquilo, con tolerancia a la demora, poco demandante mientras que un 33.3% lo refieren como irritable, poco tolerante y en un 6.7% mencionan una combinación entre ambos. Al segundo año de vida el 53.3% lo reportan como tranquilo y tolerante mientras que un 40% como irritable y poco tolerante y el mismo 6.7% que el primer año con características mixtas.



En cuanto al estado afectivo de las madres durante el embarazo la distribución para este grupo de edad queda de la siguiente manera un 60% mencionó haber cursado el embarazo con estado de ánimo deprimido, un 26.7% con ansiedad, un 6.7% con depresión y ansiedad y por último un 6.7% haber cursado normal. En lo que corresponde al estado afectivo de las madres a un año de nacido el hijo se refiere en un 46.7% haber estado sin problemas, un 33.3% mencionan haber cursado con depresión, en un 13.3% con ansiedad y los mismos porcentajes que en el primer año de nacido en paciente se refieren los mismos porcentajes que en el segundo año de nacido en paciente se refieren los mismos porcentajes que en el primer año de vida

TRABAJOS CON
FAMILIA DE ORIGEN

RESULTADO DEL GRUPO DE ESCOLARES

En este grupo la muestra fue de 21 pacientes, la distribución por géneros fue de 52.4% varones y 47.6% niñas. La edad promedio fue de 8.51 ± 2.35 . El lugar de residencia referido fue 52.4% provenientes de provincia y el 47.6% de la ciudad de México. La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 76.2% son de bajos recursos económicos mientras que el 23.8% son de nivel medio. La ocupación más frecuente de los padres fue 57.1% oficio, el 19.0% es campesino, el 14.3% son profesionistas y el 4.8 se dedica al comercio. Las madres son amas de casa en un 76.2%, profesionistas en un 9.5%, cuentan con un oficio un 9.5% también y el 4.8% se dedica al comercio

En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que el 61.9% son familias nucleares, mientras que de manera equitativa con un 14.3% cada una le corresponde a familias fragmentadas y las extensas y con un 4.8 cada una también lo ocupa las familias reconstituidas y madres solteras. Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 81.0% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la comunicación es encubierta y la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 19.0% de familias funcionales.

En cuanto a los diagnósticos médicos la distribución es la siguiente un 76.2% presenta LAL y un 23.8% LAM, en cuanto al tiempo del diagnóstico el 23.8% fueron de recién diagnóstico, el 19.0% tenía ya 12 meses con el diagnóstico y con un 4.8% para cada uno de los siguientes meses con 1, 3, 16, 39, 50, 60 meses del diagnóstico de Leucemia y con el 9.5% para los pacientes que tenían 6, 27 y 28 meses del diagnóstico. En cuanto a la etapa de tratamiento en la que se encontraban un 4.8% se encontraba en inducción a la remisión, un 47.6% en mantenimiento un 14.3% en recaída, el 9.5% en seguimiento y el 23.8% no aplica por muerte. En cuanto al número de recaída el 61.9% no tenía recaídas, el 33.3% presentaba una recaída y el 4.8% presentaba dos recaídas. En cuanto a la localización de la recaída se obtiene que el 28.6% fue a Médula ósea, el 4.8% a SNC, el 4.8% a testículo y el resto es decir el 61.9% no presentaba recaída en ningún lugar. En cuanto al tipo de tratamiento que se encontraban recibiendo tenemos que el 42.9% estaba a base de quimioterapia, el 19.0% en quimioterapia de rescate, el 19.0% no aplica por muerte y por último el 9.5% sin medicamento ya que se encontraba solo en seguimiento. En cuanto a la mortalidad tenemos que de la muestra el 38.1% murió mientras que el 61.9% se encuentra todavía en tratamiento.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 42.1% de los niños no presentaba ninguna patología, un 19% presentó un trastorno en el estado de ánimo (distimia), un 14.3% se diagnosticó con trastorno de ansiedad generalizada, el 9.5% con trastorno adaptativo ansioso y con un 4.8% cada uno de los siguientes diagnósticos; el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno adaptativo mixto (ansioso - depresivo) y el trastorno adaptativo mixto (emociones y conducta). En el eje II el 38.1% no presentaba ninguna patología mientras que los trastornos del aprendizaje y los trastornos de conducta cada uno tuvieron un 23.8%, el retraso mental ocupó el 9.5% y los trastornos del lenguaje un 4.8%. En el Eje III, el 76.2% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda Linfoblástica y el 23.8% de Leucemia aguda Mieloblástica. En el Eje IV, el 47.6% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 28.6% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familiar, en un 19.5% lo ocupa la historia de disfunción familiar, el 4.8% fue la enfermedad crónica la desencadenante, en otro 4.8% la enfermedad crónica y la disfunción familiar y por último un 4.8% no tuvieron factor desencadenante.

En cuanto a los antecedentes prenatales y los aspectos del vínculo madre - hijo se identificaron que un 33.3% era gesta 1, en un 23.8% representaba su segunda gesta, en un 14.3% representaba su gesta 4, un 9.5% representaba su gesta 3 y 5 y el 4.8% representaba su gesta 6 y 10 respectivamente. Con relación al número de hijo la distribución fue que tanto para el primer hijo como para el segundo obtuvieron el mismo porcentaje de 33.3%, con 14.3% representaba ser su quinto hijo, con un 9.5% el cuarto hijo y con 4.8% lo ocuparon tanto el sexto como el décimo hijo respectivamente. Al explorar la evolución del embarazo se refiere que un 57.1% cursaron sin complicaciones mientras que in 33.3% presentó alguna complicación. En cuanto a la duración de la gestación se menciona que un 76.2% presentó embarazos a término un 19% fueron obtenidos a pretérmino y en un 4.8% a postérmino, en cuanto las complicaciones durante el parto se mencionan que un 81% no se tuvo ninguna complicación durante el mismo, 9.5% mencionaron sufrimiento fetal agudo y también un 9.5% presentó hipoxia perinatal, por otro lado un 81% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico, un 4.8% por parto distócico y un

TRABAJO CON
TABLA DE ORIGEN

14.3% por cesárea. En cuanto a la interacción de la madre con el paciente durante el primer año de vida de este se refiere que en un 33.3% hubo una interacción empática, en un 28.6% las madres refirieron dificultades para detectar las necesidades básicas del niño, la conducta de la madre fue de sobreprotección, en un 23.8%, en un 9.5% se refiere necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del niño y en un 4.8% abandono materno. Durante el segundo año de vida se reporta con un 38.1% la interacción empática, con un 28.6% las conductas de sobreprotección, en un 14.3% dificultades para detectar las necesidades del niño, en un 9.5% abandono materno y con el mismo porcentaje de 9.5% necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del niño.

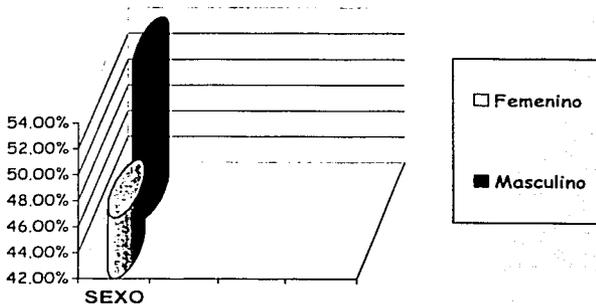
En cuanto a los antecedentes de desarrollo se observa que el 42.9% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 9.5% lo controló antes de los 3 meses en otro 9.5% lo controló después de los 5 meses y un 38.1% no lo recuerda. La sedestación sin ayuda el 4.8% la obtuvieron antes de los 6 meses un 23.8% entre los 6 y los 7 meses otro 42.9% después de los 7 meses y un último 28.6% no lo recuerda, en cuanto al gáseo un 28.6% no lo presentó, un 14.3% lo tuvo antes de los 8 meses, un 38.1% entre los 8 y los 10 meses, mientras que otro 9.5% después de los 10 meses y por último también con el 9.5% no lo recuerda. En cuanto al desarrollo de la marcha el 42.9% la dominó entre los 12 y los 15 meses, un 23.8% antes de los 12 meses, un 19% después de los 15 meses y el 14.3% no lo recuerda. En cuanto al lenguaje para conversar en un 38.1% la presentaron entre los 2 y los 3 años, un 28.6% después de los 3 años mientras que en un 33.3% no lo recuerdan. En cuanto al control anal la distribución fue que en un 38.1% lo lograron entre los 2 y los 3 años, en un 42.9% antes de los dos años y en un 9.5% después de los 3 años, un 4.8% no lo ha dominado y en el mismo porcentaje de 4.8% no lo recuerda. Con respecto al control vesical los porcentajes fueron iguales que los presentados en el control anal. En lo que respecta a problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico se obtuvieron los siguientes datos en un 57.1% se presentaron problemas de aprendizaje mientras que en un 33.3% no los hubo y en un 9.5% los padres no lo saben. Como dato importante está lo referido por los padres en cuanto a la hipersomnia ya que en un 42.9% se ha presentado a partir de que el niño se enfermó no obstante en un 47.6% se encuentra ausente y el 9.5% ha referido no saber. Con respecto al temperamento del niño durante el primer año de vida el 76.2% lo refieren como tranquilo, tolerante a la demora mientras que un 23.8% lo reportan como irritable, poco tolerante,

demandante. En el segundo año de vida el 81% de los padres menciona que son tolerante y tranquilo y el 19% como irritables, intranquilos. En este grupo se identifica que un 9.5% de nuestros pacientes presenta sx de down mientras que el 90.5 no lo presenta.

En cuanto al estado afectivo de las madres durante el embarazo la distribución para este grupo de edad queda de la siguiente manera un 76.2% mencionó haber cursado el embarazo con estado de ánimo depresivo, un 9.5% con ansiedad y un 14.3% haber cursado el embarazo normal. Para el primer año de nacido de los pequeños la madres reportaron en un 57.1% haber estado deprimidas, en un 33.3 sin inestabilidad emocional, en un 4.8% ansiosas y con depresión y ansiedad un 4.8% también, para el segundo año de vida la depresión fue reportada por un 52.4% de las madres, el 38.1% refirió haber estado normal, mientras que se mantuvo el puntaje de 4.8% para la ansiedad y el 4.8% para la depresión y ansiedad juntas

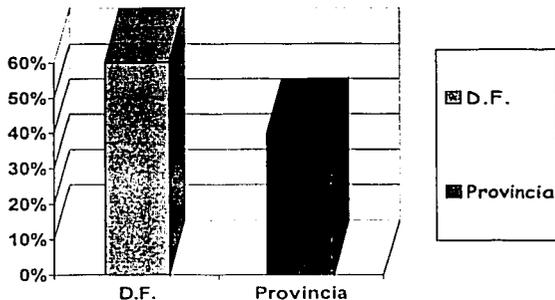
A continuación se presentan de manera gráfica los resultados obtenidos en este grupo.

ESCOLARES

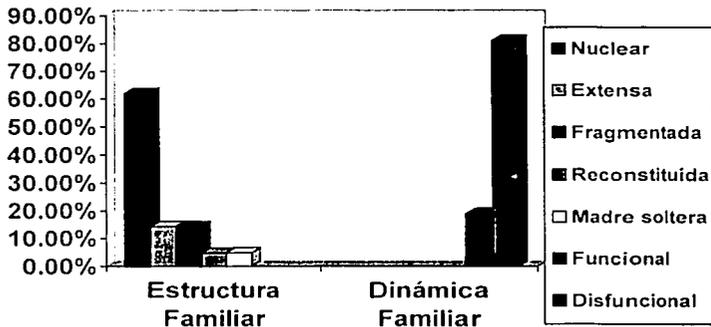


En este grupo la muestra fue de 21 pacientes, la distribución por géneros fue de 52.4% varones y 47.6% niñas

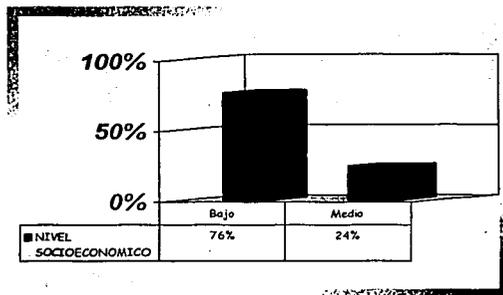
TRABAJA CON
FUENTE DE ORIGEN



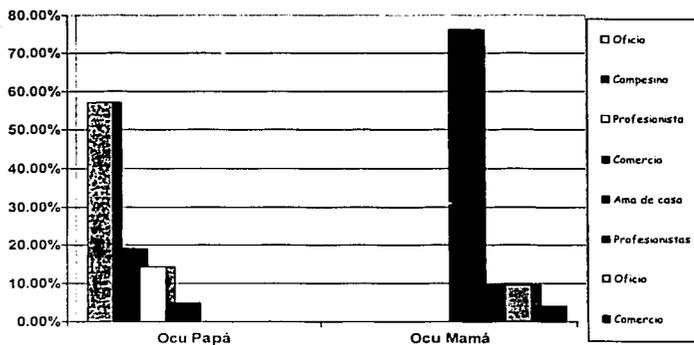
El lugar de residencia referido fue 52.4% provenientes de provincia y el 47.6% de la ciudad de México



En la estructura familiar, se encuentra que el 61.9%, proviene de familia nuclear, de manera equitativa con un 14.3% cada una le corresponde a fragmentadas y extensas y con un 4.8 cada una lo ocupa las reconstituidas y madres solteras. Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 81.0% es disfuncional. Mientras que se encuentra un 19.0% de familias funcionales.

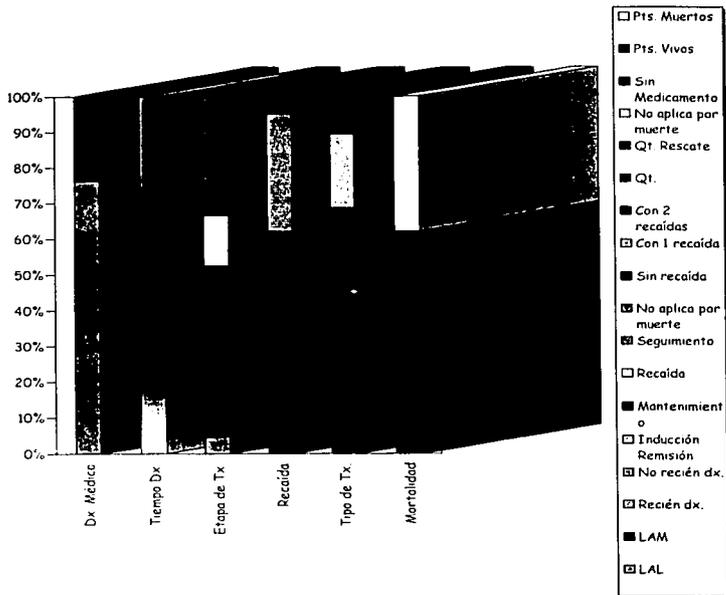


La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 76.2% son de bajos recursos económicos mientras que el 23.8% son de nivel medio.



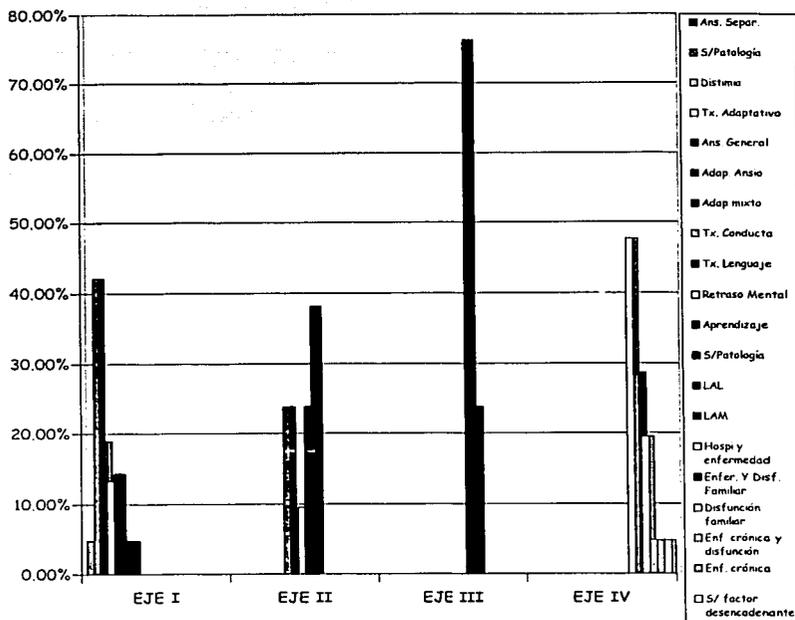
La ocupación más frecuente de los padres fue 57.1% oficio, el 19.0% es campesino, el 14.3% son profesionistas y el 4.8% se dedica al comercio. Las madres son amas de casa en un 76.2%, profesionistas en un 9.5%, cuentan con un oficio un 9.5% también y el 4.8% se dedica al comercio.

ENCUESTA CON
LA DE ORIGEN



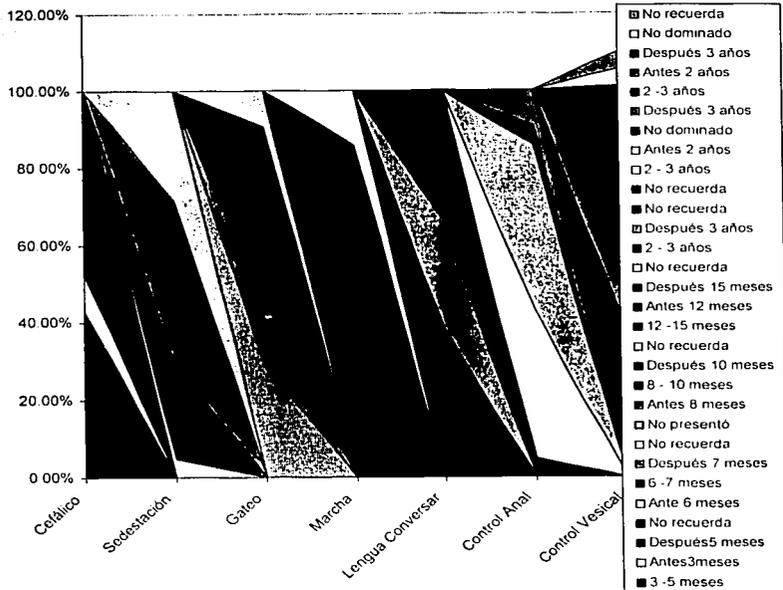
En los diagnósticos médicos la distribución es que un 76.2% presenta LAL y un 23.8% LAM, en cuanto al tiempo del diagnóstico el 23.8% fueron de recién diagnóstico, el 19.0% y el resto no era de recién dx. En cuanto a la etapa de tx. Tenemos que el 4.8% se encontraba en inducción a la remisión, un 47.6% en mantenimiento un 14.3% en recaída, el 9.5% en seguimiento y el 23.8% no aplica por muerte. En cuanto al número de recaída el 61.9% no tenía recaídas, el 33.3% presentaba una recaída y el 4.8% presentaba dos recaídas. En el tipo de tratamiento tenemos que el 42.9% estaba a base de quimioterapia, el 19.0% en quimioterapia de rescate, el 19.0% no aplica por muerte y por último el 9.5% sin medicamento por seguimiento. En cuanto a la mortalidad tenemos que de la muestra el 38.1% murió mientras que el 61.9% se encuentra todavía en tratamiento.

**TEJES CON
 FALLA DE ORIGEN**



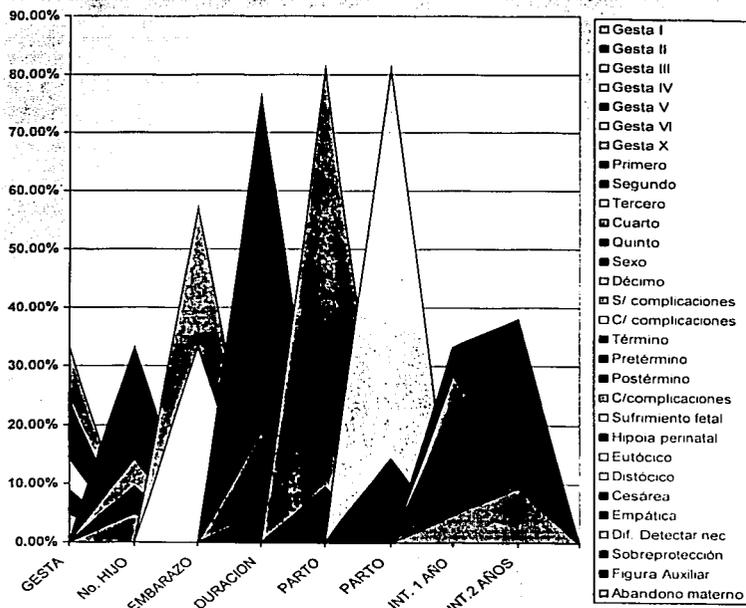
Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 42.1% de los niños no presentaba ninguna patología, un 19% presentó un trastorno en el estado de ánimo (distimia), un 14.3% se diagnosticó con trastorno de ansiedad generalizada, el 9.5% con trastorno adaptativo ansioso y con un 4.8% cada uno de los siguientes diagnósticos; el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno adaptativo mixto (ansioso - depresivo) y el trastorno adaptativo mixto (emociones y conducta). En el eje II el 38.1% no presentaba ninguna patología mientras que los trastornos del aprendizaje y los trastornos de conducta cada uno tuvieron un 23.8%, el retraso mental ocupó el 9.5% y los trastornos del lenguaje un 4.8%. En el Eje III, el 76.2% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda Linfoblástica y el 23.8% de Leucemia aguda Mieloblástica. En el Eje IV, el 47.6% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 28.6% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familiar, en un 19.5% lo ocupa la historia de disfunción familiar, el 4.8% fue la enfermedad crónica lo desencadenante, en otro 4.8% la enfermedad crónica y la disfunción familiar y por último un 4.8% no tuvieron factor desencadenante.

TECIS CON
FAMILIA DE ORIGEN



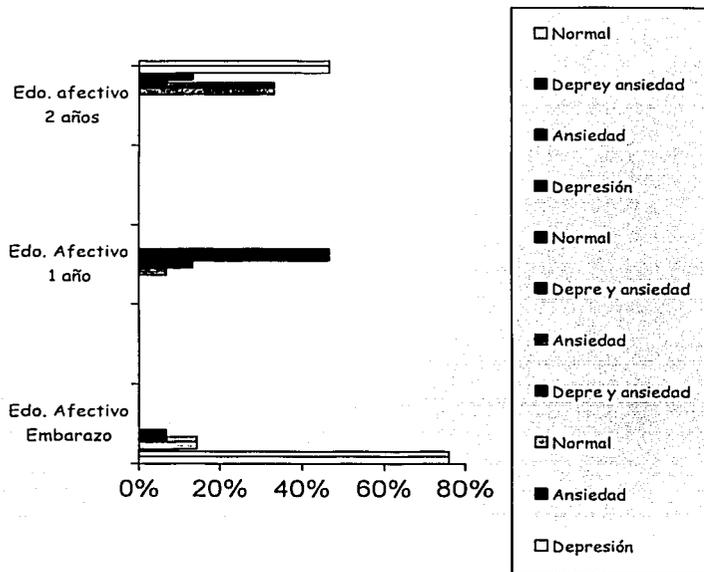
En el desarrollo se observa que el 42.9% lograron sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 9.5% lo controló antes de los 3 meses el 9.5% controló después de los 5 meses y un 38.1% no lo recuerda La sedestación sin ayuda el 4.8% la obtuvieron antes de los 6 meses un 23.8% entre los 6 y los 7 meses otro 42.9% después de los 7 meses y un último 28.6% no lo recuerda, en cuanto al gateo no lo presentó, un 28.6% no lo presentó, un 14.3% lo tuvo antes de los 8 meses, un 38.1% entre los 8 y los 10 meses, mientras que otro 9.5% después de los 10 meses y por último también con el 9.5% no lo recuerda La marcha el 42.9% la dominó entre los 12 y los 15 meses, un 23.8% antes de los 12 meses, un 19% después de los 15 meses y el 14.3% no la recuerda En lenguaje para conversar en un 38.1% la presentaron entre los 2 y los 3 años, un 28.6% después de los 3 años, en un 33.3% no la recuerdan El control anal y el vesical el 38.1% lo lograron entre los 2 y los 3 años, en un 42.9% antes y un 9.5% después de los 3 años, un 4.8% no lo ha dominado y en el mismo porcentaje de 4.8% no recuerda En los problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico se obtuvo un 57.1% se presentaron problemas de aprendizaje mientras que en un 33.3% no los hubo y en un 9.5% los padres no lo saben La hipersomnia en un 42.9% se ha presentado a partir de que el niño se enfermó no obstante en un 47.6% se encuentra ausente y el 9.5% ha referido no saber El temperamento del niño durante el primer año de vida el 76.2% lo refieren como tranquilo, tolerante o la demora mientras que un 23.8% lo reportan como irritable, poco tolerante En el segundo año de vida el 81% de los padres menciona que son tolerante y tranquilo y el 19% como irritables, intranquilos En este grupo se identifica que un 9.5% de nuestros pacientes presenta sx de down mientras que el 90.5 no lo presenta

TESES CON
FALLA DE ORIGEN



En los antecedentes prenatales y aspectos de vínculo madre - hijo un 33.3% era gesta I, el 23.8% gesta II, un 14.3% IV, el 9% gesta III y V y el 4.8% gesta VI y X. En el número de hijo tanto para primero como para el segundo el porcentaje fue de 33.3%, el 14.3% era su quinto hijo, un 9.5% el cuarto hijo y con 4.8% lo ocuparon tanto el sexto como el décimo hijo. En la evolución del embarazo un 57.1% cursaron sin complicaciones y el 33.3% si las tuvieron. En la duración de la gestación un 76.2% presentó embarazos a término un 19% a pretérmino y un 4.8% a postérmino, en las complicaciones durante el parto el 81% no presentó, el 9.5% mencionaron sufrimiento fetal agudo y el 9.5% presentó hipoxia perinatal. Por otro lado un 81% de los pacientes fue obtenido por parto eutócico, un 4.8% por parto distócico y un 14.3% por cesárea. En la interacción madre-hijo en el primer año de vida de éste se un 33.3% tuvo una interacción empática, un 28.6% refirieron dificultades para detectar las necesidades básicas, en un 23.8%, en un 9.5% se refiere necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del niño y en un 4.8% abandono materno. Durante el segundo año de vida se reporta con un 38.1% la interacción empática, con un 28.6% las conductas de sobreprotección, en un 14.3% dificultades para detectar las necesidades del niño, en un 9.5% abandono materno y con el mismo porcentaje de 9.5% necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del niño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En cuanto al estado afectivo de las madres durante el embarazo la distribución para este grupo de edad queda de la siguiente manera un 76.2% mencionó haber cursado el embarazo con estado de ánimo depresivo, un 9.5% con ansiedad y un 14.3% haber cursado el embarazo normal. Para el primer año de nacido de los pequeños las madres reportaron en un 57.1% haber estado deprimidas, en un 33.3% sin inestabilidad emocional, en un 4.8% ansiosas y con depresión y ansiedad un 4.8% también, para el segundo año de vida la depresión fue reportada por un 52.4% de las madres, el 38.1% refirió haber estado normal, mientras que se mantuvo el puntaje de 4.8% para la ansiedad y el 4.8% para la depresión y ansiedad juntas

ADOLESCENTES

El grupo de los adolescentes lo constituyen una muestra de 9 pacientes de los cuales el 77.8% varones y 22.2% niñas. La edad promedio fue de 13.7±.972. El lugar de residencia referido fue 44.4% provenientes de provincia y el 55.6% de la ciudad de México. La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 77.8% son de bajos recursos económicos mientras que el 22.2% son de nivel medio. La ocupación más frecuente de los padres fue 57.6% oficio, el 1.1% es campesino, el 22.2% son profesionistas y el 11.1% se dedica al comercio. Las madres son amas de casa en un 88.9% y el 11.1% cuentan con un oficio. En cuanto a la estructura familiar, se encuentra que tanto para familias nucleares como para las fragmentadas se obtuvo el mismo porcentaje de 33.3%, un 22.2% proviene de familias extensas y el 11.1% de familia reconstruida. Sobre la dinámica familiar, se encuentra que el 77.8% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la comunicación es encubierta y la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 22.2% de familias funcionales.

En cuanto a los diagnósticos médicos la distribución es la siguiente un 66.7% presenta LAL y un 33.3% LAM, en cuanto al tiempo del diagnóstico el 44.4% fueron de recién diagnóstico, y con el 11.1% para cada uno de los siguientes 1, 6, 9, 12 y 144 meses del diagnóstico. En cuanto a la etapa de tratamiento en la que se encontraban un 33.3% en inducción a la remisión, con un 44.4% en mantenimiento con un 11.1% en Recaída y con otro 11.1% no aplica por muerte. En cuanto al número de recaídas el 77.8% no presentaban recaídas, un 11.1% tenía 1 recaída y con el mismo porcentaje de 11.1% con 3 recaídas. En cuanto al tipo de tratamiento un 77.8% se encontraba recibiendo Quimioterapia, un 11.1% no aplica por muerte y por último con un 11.1% en quimioterapia de rescate. Con respecto a la mortalidad de la muestra el 11.1% falleció mientras que el 88.9% aún sigue en tratamiento

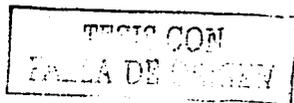
Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 55.6% de los niños no presentaba ninguna patología, un 33.3% presentó un trastorno en el estado de ánimo (distimia), un 33.3% se diagnosticó con trastorno adaptativo con síntomas depresivos. En el eje II el 55.6% no presentaba ninguna patología mientras que los trastornos del aprendizaje obtuvieron el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resto es decir un 44.4%. En el Eje III, el 66.7% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda Linfoblástica y el 33.3% de Leucemia aguda Mieloblástica. En el Eje IV, el 33.3% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 22.2% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familiar, en un 11.1% lo ocupa la historia de disfunción familiar, el 11.1% fue la enfermedad crónica la desencadenante, y el 22.2% no presentó ningún problemas.

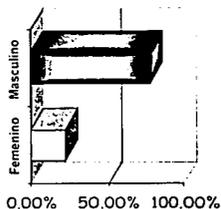
En cuanto a los antecedentes prenatales y los aspectos del vínculo madre - hijo se identificaron que un 33.3% era gesta 1, en un 22.2% representaba su segunda gesta, en un 22.2% representaba su gesta 3, un 11.1% representaba su gesta 6 y 11 cada una. Con relación al número de hijo el 33.3% fueron primer hijo, con un 22.2% representaban ser su segundo hijo y con el mismo porcentaje de 22.2% ser el tercer hijo, mientras que con el 11.1% cada uno resultaba ser su 6 hijo y su onceavo hijo. Al explorar la evolución del embarazo el 66.7% no presentaron complicaciones y el 33.3% estuvieron presentes. En lo que respecta a la duración del embarazo el 44.4% fueron a término y con el mismo porcentaje de 44.4% fueron a pretérmino mientras que con un 11.1% fueron a postérmino. En cuanto a lo referido de complicaciones durante el parto se refiere que el 100% de las madres de los pacientes no presentaron complicación alguna durante el mismo. El 44.4% de los pacientes fueron obtenidos por parto eutócico, el 11.1% por distócico y por cesárea un 44.4%. En cuanto a la interacción de la madre con el paciente durante el primer año de vida del paciente se refiere que un 33.3% tuvo una interacción empática, otro 33.3% presentó problemas para detectar las necesidades básicas del niño, el 11.1% menciona abandono materno, el 11.1% necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del bebé, así como el otro 11.1% haber tenido dificultad para detectar las necesidades básicas y sobreprotección.

En cuanto a los antecedentes de desarrollo se observa que el 22.2% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un el 22.2% lo controló antes de los 3 meses y el 33.3% no lo recuerda. En sedestación sin ayuda el 22.2% la obtuvieron antes de los 6 meses un 44.4% entre los 6 y los 7 meses otro 42.9% y el 33.3% no recuerda, en cuanto al gateo un 55.6% no lo presentó, un 22.2% lo tuvo antes de los 8 meses y el

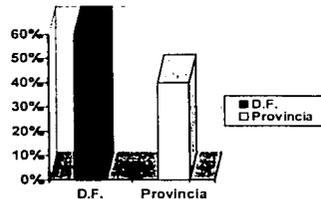


22.2% no sabe o no recuerda. En cuanto al desarrollo de la marcha el 77.8% la dominó entre los 12 y los 15 meses, un 11.1% antes de los 12 meses, y el 11.1% no lo recuerda. En cuanto al lenguaje para conversar en un 22.2% la presentaron entre los 2 y los 3 años, un 44.4% después de los 3 años mientras que en un 33.3% no lo recuerdan. En cuanto al control anal la distribución fue que en un 33.3% lo lograron entre los 2 y los 3 años, en un 55.6% antes de los dos años y en un 11.1% no lo recuerda. Con respecto al control vesical los porcentajes fueron iguales que los presentados en el control anal. En lo que respecta a problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico se obtuvieron los siguientes datos en un 55.6% se presentaron problemas de aprendizaje mientras que en un 44.4% no los hubo. Como dato importante está lo referido por los padres en cuanto a la hipersomnía ya que en un 77.8% se ha presentado a partir de que el niño se enfermó mientras que solamente en un 11.1% está ausente y en el otro 11.1% no lo saben. Con respecto al temperamento del niño durante el primer año y el segundo año de vida el 77.8% lo refieren como tranquilo, tolerante a la demora mientras que un 22.2% lo reportan como irritable, poco tolerante, demandante. En este grupo se ninguno de los pacientes de esta muestra presentan sx. Down A continuación se presentan de manera gráfica los resultados obtenidos en este grupo.

ADOLESCENTES

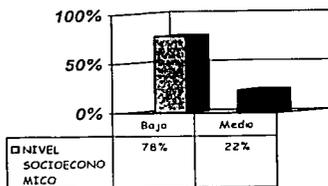


El este grupo la muestra es de 9 pacientes de los cuales el 77.8% varones y 22.2% niñas.



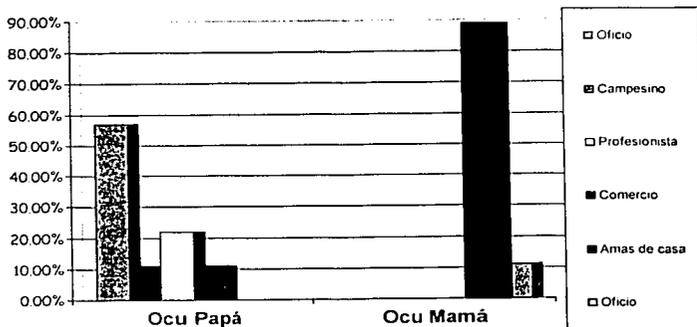
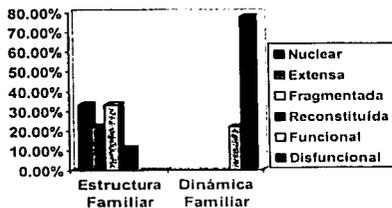
El lugar de residencia referido fue 44.4% provenientes de provincia y el 55.6% de la ciudad de México.

TEJES CON
PALLA DE ORIGEN

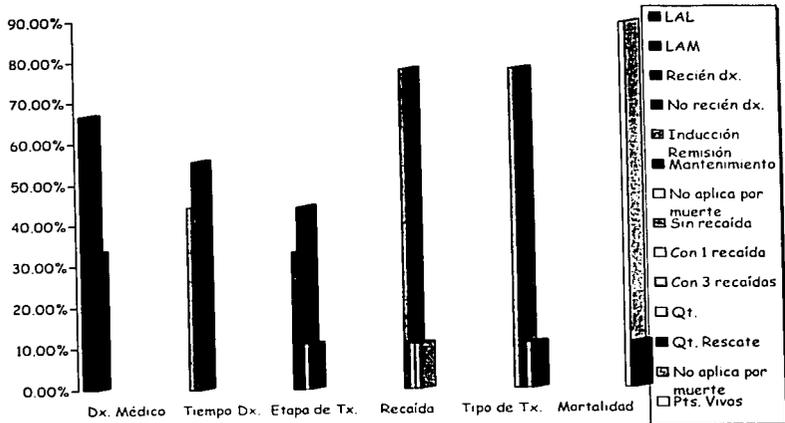


La distribución del nivel socioeconómico refleja que el 77.8% son de bajos recursos económicos mientras que el 22.2% son de nivel medio.

En la estructura familiar, se encuentra que tanto para familias nucleares como para fragmentadas se obtuvo el mismo porcentaje un 33.3%, un 22.2% son familias extensas y el 11.1% de reconstruida. En la dinámica familiar, se encuentra que el 77.8% es disfuncional, ya que no hay roles establecidos, la disciplina es inconsistente, la agresión es poco regulada. Mientras que se encuentra un 22.2% de familias funcionales.

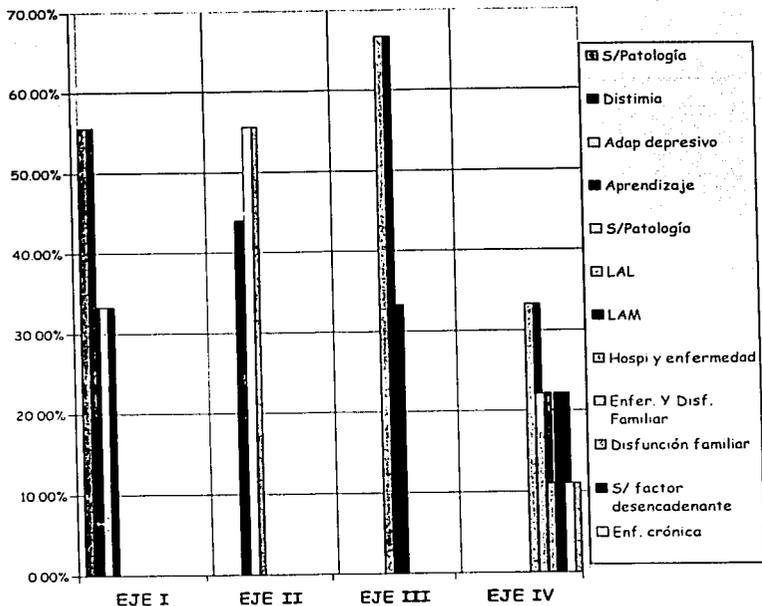


La ocupación más frecuente de los padres fue 57% oficio, el 11% es campesino, el 22% son profesionistas y el 11% se dedica al comercio. Las madres son amas de casa en un 88.9% y el 11.1% cuentan con un oficio.



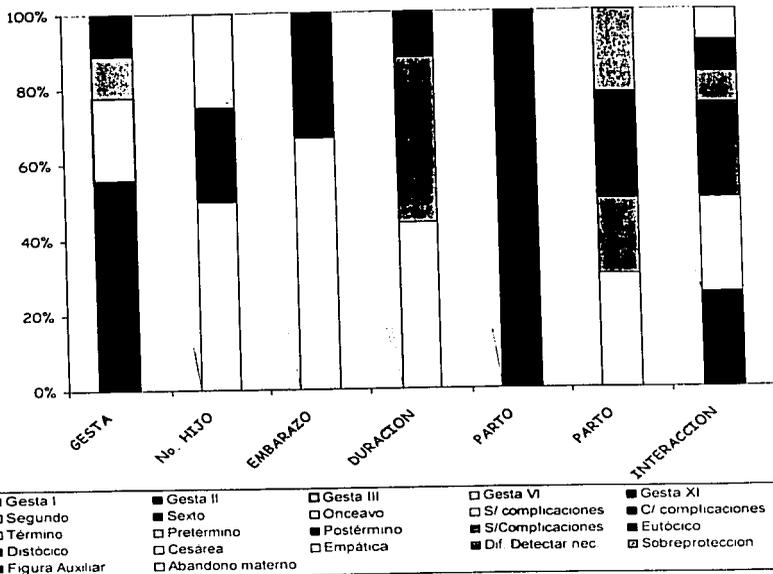
En cuanto a los diagnósticos médicos la distribución es la siguiente: un 66.7% presenta LAL y un 33.3% LAM, en cuanto al tiempo del diagnóstico el 44.4% fueron de recién diagnóstico, y con el 11.1% para cada uno de los siguientes 1, 6, 9, 12 y 144 meses del diagnóstico. En cuanto a la etapa de tratamiento en la que se encontraban un 33.3% en inducción a la remisión, con un 44.4% en mantenimiento, con un 11.1% en Recaída y con otro 11.1% no aplica por muerte. En cuanto al número de recaídas el 77.8% no presentaban recaídas, un 11.1% tenía 1 recaída y con el mismo porcentaje de 11.1% con 3 recaídas. En cuanto al tipo de tratamiento un 77.8% se encontraba recibiendo Quimioterapia, un 11.1% no aplica por muerte y por último con un 11.1% en quimioterapia de rescate. Con respecto a la mortalidad de la muestra el 11.1% falleció mientras que el 88.9% aún sigue en tratamiento.

TRABAJO CON
PRUEBA DE ORIGEN



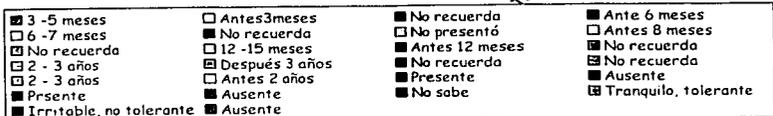
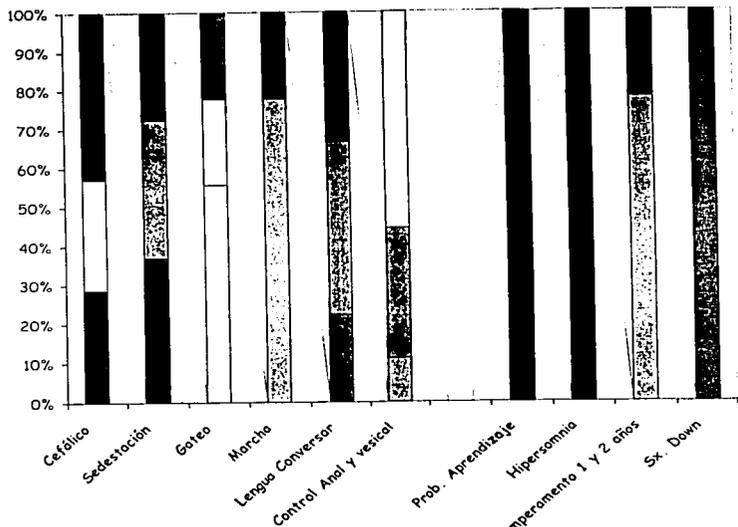
Con relación a la exploración clínica realizada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV, manejando los ejes establecidos. En el Eje I el 55.6% de los niños no presentaba ninguna patología, un 33.3% presentó un trastorno en el estado de ánimo (distimia), un 33.3% se diagnosticó con trastorno adaptativo con síntomas depresivos. En el eje II el 55.6% no presentaba ninguna patología mientras que los trastornos del aprendizaje obtuvieron el resto es decir un 44.4%. En el Eje III, el 66.7% tuvo diagnóstico de Leucemia aguda Linfoblástica y el 33.3% de Leucemia aguda Mieloblástica. En el Eje IV, el 33.3% el desencadenante del Eje I fue la hospitalización y la enfermedad, el 22.2% el desencadenante del eje I fue Enfermedad y disfunción familiar, en un 11.1% la ocupa la historia de disfunción familiar, el 11.1% fue la enfermedad crónica la desencadenante, y el 22.2% no presentó ningún problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



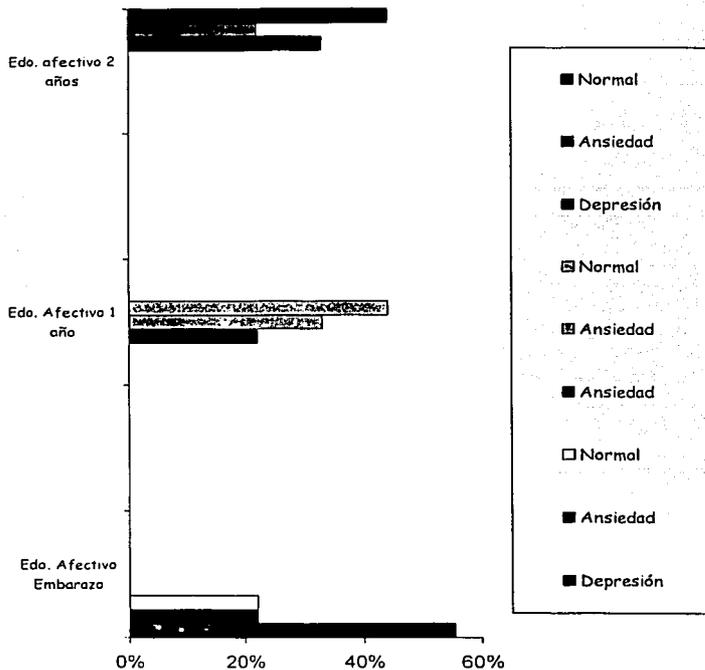
En cuanto a los antecedentes prenatales y los aspectos del vínculo madre - hijo se identificaron que un 33.3% era gesta 1, en un 22.2% representaba su segunda gesta, en un 22.2% representaba su gesta 3, un 11.1% representaba su gesta 6 y 11 cada una. Con relación al número de hijo el 33.3% fueron primer hijo, con un 22.2% representaban ser su segundo hijo y con el mismo porcentaje de 22.2% ser el tercer hijo, mientras que con el 11.1% cada uno resultaba ser su 6 hijo y su onceavo hijo. Al explorar la evolución del embarazo el 66.7% no presentaron complicaciones y el 33.3% estuvieron presentes. En lo que respecta a la duración del embarazo el 44.4% fueron a término y con el mismo porcentaje de 44.4% fueron a pretérmino mientras que con un 11.1% fueron a postérmino. En cuanto a lo referido de complicaciones durante el parto se refiere que el 100% de las madres de los pacientes no presentaron complicación alguna durante el mismo. El 44.4% de los pacientes fueron obtenidos por parto eutócico, el 11.1% por distócico y por cesárea un 44.4%. En cuanto a la interacción de la madre con el paciente durante el primer año y el segundo año de vida se obtuvieron los mismos puntaje con un 33.3% tuvo una interacción empática, otro 33.3% presentó problemas para detectar las necesidades básicas del niño, el 11.1% menciona abandono materno, el 11.1% necesidad de una figura auxiliar para el cuidado del bebé, así como el otro 11.1% haber tenido dificultad para detectar las necesidades básicas y sobreprotección.

TITULO CON
FALLA DE ORIGEN



En cuanto a los antecedentes de desarrollo se observa que el 22.2% de los pacientes lograron el sostén cefálico entre los 3 y los 5 meses de edad un 22.2% lo controló antes de los 3 meses y el 33.3% no lo recuerda. En sedestación sin ayuda el 22.2% la obtuvieron antes de los 6 meses un 44.4% entre los 6 y los 7 meses otro 42.9% y el 33.3% no recuerda, en cuanto al gáseo un 55.6% no lo presentó, un 22.2% lo tuvo antes de los 8 meses y el 22.2% no sabe o no recuerda. En cuanto al desarrollo de la marcha el 77.8% la dominó entre los 12 y los 15 meses, un 11.1% antes de los 12 meses, y el 11.1% no la recuerda. En cuanto al lenguaje para conversar en un 22.2% la presentaron entre los 2 y los 3 años, un 44.4% después de los 3 años mientras que en un 33.3% no la recuerdan. En cuanto al control anal y vesical la distribución fue homogénea con un 33.3% lo lograron entre los 2 y los 3 años, en un 55.6% antes de los dos años y en un 11.1% no la recuerda. En lo que respecta a problemas de aprendizaje a partir del diagnóstico se obtuvieron los siguientes datos en un 55.6% se presentaron problemas de aprendizaje mientras que en un 44.4% no los hubo. Como dato importante está el referido por los padres en cuanto a la hipersomnia ya que en un 77.8% se ha presentado a partir de que el niño se enfermó mientras que solamente en un 11.1% está ausente y en el otro 11.1% no lo saben. Con respecto al temperamento del niño durante el primer año y el segundo año de vida el 77.8% lo refieren como tranquilo, tolerante a la demora mientras que un 22.2% lo reportan como irritable, poco tolerante, demandante. En este grupo se ninguno de los pacientes de esta muestra presentan Sx. Down

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



En cuanto al estado afectivo de la madre durante el embarazo se reporta que un 55.6% estuvieron deprimidas, con un 22.2% se refirió ansiosa y con el mismo porcentaje de 22.2% mencionó haber estado normal. Para el primer año de vida del paciente un 44.4% estuvo con estado de ánimo normal sin problemas, mientras que un 22.4% se menciona estuvieron deprimidas y con un 33.3% ansiosos. Para el segundo año de vida el estado anímico de las madres es reportado de la siguiente manera un 44.4% siguieron normales pero un 33.3% refirió haber cursado con depresión y el 22.2% ansiosa.

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

La autora de este reporte participó como asistente, ponente y en publicaciones:

Participación como asistente:

Asistente al "Primer congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud" celebrado en la ciudad de Veracruz, Ver. Del 23 al 26 de mayo del 2001.

Asistencia al "XV congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta", efectuado del 19 al 21 de Julio del 2001 en la ciudad de Toluca, Edo. De México.

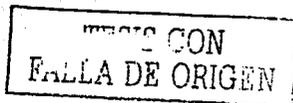
Asistencia al " III curso Pediatría Ambulatoria" realizado en el Instituto Nacional de Pediatría del 26 al 28 de septiembre del 2001 con duración de 20 hrs.

Participación como ponente:

XV congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta", efectuado del 19 al 21 de Julio del 2001 en la ciudad de Toluca, Edo. De México Con la Modalidad de Cartel " Mi Niño Tiene Leucemia",

Publicaciones

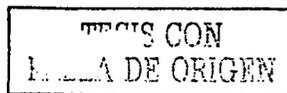
En trámites de Publicación "Tratamiento Cognitivo Conductual para niños con Trastornos por déficit de atención" saldrá publicado en el PAC de Psiquiatría.



COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS

Durante la segunda rotación considero haber desarrollado las siguientes competencias.

- Aprendizaje de literatura sobre problemas psicológicos presentes en la niñez y adolescencia
- Aprendizaje sobre implicaciones de problemas presentado durante las etapas de desarrollo de los niños
- Uso del manual de DSMIV y CIE-10 (no contempladas en el programa de maestría pero necesarias por la normatividad del INP)
- Realización de Historias Clínica enfocadas a pacientes pediátricos
- Realización de Entrevistas a pacientes pediátricos
- Revisión de literatura de tratamientos para niños con Trastorno por Déficit de Atención,
- Revisión de literatura de tratamiento de problemas Psicológicos en pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedades crónicas o terminales.
- Ampliación del conocimiento de la Leucemia con sus subtipos, tratamientos, sobrevida, etc.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la profesión.
- Aumento en el dominio de revisiones de artículos de Investigación sobre aspectos psicológicos y pacientes con leucemia
- Manejo de talleres dirigidos a padres de niños con TDA
- Realización de registros de conductas realizadas por los padres como parte de las valoraciones realizadas.
- Realización de trabajo en equipo para la realización de un proyecto de investigación coordinado por en Dr. Héctor Ayala V. (tutor de la residente de psicología)
- Realizar investigación sobre la problemática reportada por los niños, padres y personal de salud que presentan los pacientes con Leucemia.
- Trabajar de forma coordinada con otras residentes de la maestría como parte de la Investigación de Leucemia
- Aprender a defender el trabajo con técnicas cognitivo - conductuales ante el equipo de psiquiatras



- Proporcionar cursos dirigidos al personal del servicio de hematología sobre diversos temas tales como: Malas noticias, Tiene o no el niño conciencia de enfermedad, Técnicas para preparar a los pacientes para procedimientos médicos.

En esta rotación sobre todo en los últimos seis meses fueron muy significativos en cuanto a logros dentro del hospital ya que se obtuvo por parte del servicio de hematología y del personal de salud mental el reconocimiento del trabajo realizado con los pacientes Hematológicos así como también el trabajo con los padres de los niños con TDA abrió una pauta para utilizar el modelo cognitivo conductual a lo largo de todo el taller.

A lo largo del segundo año de residencia se describieron las características generales de la población atendida así como también aspectos importantes como lo son los datos de desarrollo, los antecedentes prenatales, aspectos relacionados con la parte médica, etc. Es importante señalar que si bien es cierto es difícil poder llevar un control exacto de todos los pacientes atendidos (por las características propias de la población por muerte, abandono de tratamiento, etc.) se logró resumir 55 historias clínicas lo cual constituye un logro importante. Es mucho claro está lo que falta por hacer ya que el trabajo con los niños que padecen algún tipo de leucemia es muy amplio el campo está virgen en nuestro País ya que el personal de salud en general no le es muy agradable trabajar con esta población sobre todo por la incidencia alta de mortalidad existente. En lo personal puedo decir que fue una gran satisfacción y un gran aprendizaje y crecimiento personal y profesional el haber tenido la oportunidad a través de la maestría de la UNAM.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

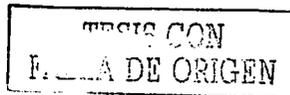
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Las características de la supervisión están detalladas en el documento "Plan de estudios de maestría en psicología profesional: programa de residencia en medicina conductual" (Reynoso & Seligson, 1999) que se entregó a los alumnos de recién ingreso en septiembre de 1999.

En el documento se señala que... "la supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias en los alumnos" (p.37).

Supervisión *in situ*

La supervisora *in situ* fue la psicóloga Gabriela Michaca Abrego. Su formación y práctica profesional es con enfoque psicodinámico y neuropsicológico por lo que existía hacia nosotros una distancia teórica importante como consecuencia de esto desde en los primeros 6 meses de rotación se tuvieron que realizar tareas que no están contempladas en el plan de estudios de la maestría como lo son las valoraciones neuropsicológicas, supervisar casos clínicos y toma de clases con enfoque corte psicodinámico, etc. Pero si bien es cierto no siempre se pueden cumplir con todas las expectativas que nos planteamos sobre todo al estar inmersos en los sistemas de salud ya que en cada hospital existen políticas diferentes, no hay plena confianza tanto en las residentes como en el enfoque o bien hay un desconocimiento teórico metodológico pero es ahí cuando la negociación puede ser una de los mejores instrumentos en los cuales nos pudimos apoyar así como responder con trabajo práctico y a través de Investigación y de la difusión de los resultados de nuestras intervenciones. Y fue a través de ello y de una disposición positiva de la supervisora *in situ* sobre todo en los últimos seis meses que nos fue delegada la responsabilidad tanto del servicio de hematología como de los grupos de padres de niños con TDA. Así mismo esto se pudo lograr gracias a la intervención de Dr. Héctor Ayala el cual a través de la línea de Investigación su cargo se pudo llegar a acuerdos importantes.



Supervisión académica

El supervisor asignado fue el Psic. Isaac Seligson N. posteriormente quien asistía en promedio una vez a la semana. Con él se comentaban los casos clínicos difíciles para mejorar la práctica clínica así mismo siempre se preocupó por identificar las necesidades que se nos presentaban en la residencia y apoyarnos con material bibliográfico.

El supervisor se mantuvo en contacto constante asistiendo al hospital o por medio del correo electrónico aunque no fue posible por situaciones ajenas a nosotros que se pudiera tener mayor comunicación con nuestro supervisor es importante señalar que el Mtro. Isacc siempre estuvo con una disposición de cooperación y ayuda hacia la residente.

En términos generales, puede evaluarse que la supervisión académica ha sido satisfactoria.

TRABAJOS CON
FALTA DE ORIGEN

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

La salud de los niños constituye no sólo 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.

De todas las neoplasias malignas de la edad pediátrica, las leucemias ocupan el primer lugar en frecuencia (Rivera, Cruz, Borrego y Martínez, 1980), es la variedad más comunmente encontrada en niños menores de 15 años. Actualmente la sobrevivencia en niños con diagnóstico de leucemia aguda es del 70 %, sin embargo, de acuerdo con las estadísticas reportadas por el INEGI, constituye la segunda causa de muerte en niños escolares de nuestro país. Esto nos habla de la importancia de desarrollar y aplicar programas de intervención para brindarles a esta población una atención integral que mejore su calidad de vida.

Así mismo otras enfermedades como las enfermedades autoinmunes especialmente el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es un padecimiento autoinmune crónico con componente inflamatorio muy importante, que cursa con periodos de remisiones y exacerbaciones, que puede tener repercusiones en varios órganos, aparatos y sistemas, por un ataque directo de autoanticuerpos o por cambios secundarios en el metabolismo. Uno de los principales sistemas que puede atacar es el Sistema Nervioso Central.

El trastorno por déficit de atención es un padecimiento psiquiátrico de inicio en la infancia, caracterizado por una falla persistente en los mecanismos para el mantenimiento de la atención. Este desorden puede manifestarse en cualquier etapa del desarrollo infantil; sin embargo, la mayoría de los casos son diagnosticados en el curso de la educación primaria. Se reporta una prevalencia aproximada del 20% en la población pediátrica, con una distribución mayor en el sexo masculino y una relación aproximada de 4 a 1.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

Todos estos padecimientos crónicos pueden traer repercusiones a nivel emocional, conductual, familiar cognitivo. Representan un cambio en los estilos de vida de los pacientes y de sus familiares, por ello la Psicología y en especial la Medicina Conductual resulta ser una disciplina que contribuye a que los pacientes con enfermedades crónicas puedan vivir el proceso de enfermedad de formas más adaptativas y con mejores estrategias de afrontamiento así como también fomentar en todo momento la dignidad del paciente tomando en cuenta su calidad de vida.

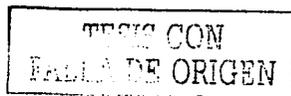
SUGERENCIAS

SUPERVISION IN SITU

Una de las principales características que debería cumplir el supervisor in situ es que cuente con la formación cognitivo - conductual ya que facilitaría en gran medida las estrategias en relación al trabajo a realizarse como residente en las diferentes sedes, ya que si el supervisor in situ tiene otra formación es desgastante estar negociando cada evaluación e intervención que se propone para cada uno de los pacientes, si esto no fuera posible por reglamentos internos de cada Hospital o Instituto o bien por cuestiones administrativas, considero que en estos casos sea el supervisor ex situ con el que se tenga mayor contacto para el trabajo o bien que los directivos de la maestría o los tutores encargados puedan respaldar más el trabajo de los residentes. Así mismo como los supervisores in situ evalúan a los residentes es importante que también estos hagan una evaluación del supervisor.

SUPERVISION EX SITU

En relación a la supervisión ex situ es importante que se considere que en algunos de los hospitales e Institutos se pueden desarrollar ciertas actividades como la supervisión directa con el alumno de maestría ya que en dichos centro hay apertura por parte de las autoridades y pudiéndose hacer a través de convenios con los jefes de servicios o bien los directores de enseñanza. Así mismo que se estableciera con los supervisores un plan de trabajo acorde a las propias características del servicio y a las demandas del mismo ya que en ocasiones sus planteamientos están fuera de las necesidades y demandas del servicio por lo cual hay discrepancias entre lo que exige el servicio y las actividades que se desean realizar con el supervisor ex situ. También sería conveniente que se pudiera establecer un cronograma de actividades a realizar con dicho supervisor así como también que se pudieran



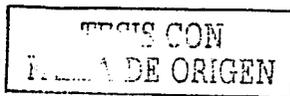
reunir este con el supervisor in situ para establecer dicho cronograma de actividades.

INVESTIGACION

En cuanto al desarrollo de Investigación que es un objetivo de la Maestría es importante señalar que es particularmente difícil realizar Investigación ya que la demanda de atención a pacientes que los residentes tenemos que atender es grande y es la necesidad primaria de los servicios dar atención más que realizar Investigación por ello se pueden realizar "interrotaciones", es decir, entre los propios residentes que se pudieran dividir en tiempos (ya sea en horas, días, meses) que se dedicarán a la atención clínica y el tiempo invertido para realizar Investigación, de manera que se puedan combinar ambas, o bien que se establezca desde un inicio si alguno de los residentes desea específicamente realizar una Investigación que se establezcan los convenios necesarios con los demás residentes.

MAYOR RESPALDO DE AUTORIDADES ACADEMICAS

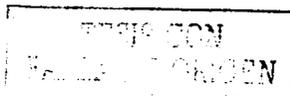
En algunas ocasiones es necesario que las autoridades de la Maestría (algunos profesores, tutores, etc.) puedan asistir a las sedes en las cuales se encuentran los residentes de esta forma al observar las interacciones de los residentes con los pacientes, de las condiciones de trabajo, de las limitantes y también de los apoyos recibidos por las autoridades, del reconocimiento del trabajo del residente de la Maestría se puedan plantear de manera más estratégica algunas de los módulos proporcionados en el curso propedeúutico, o bien al estar en mayor contacto con las autoridades se pueden llegar a tomar acuerdos en mejora del servicio, esto en lo personal ocurrió en mi segundo año de rotación ya que mi tutor el Dr. Ayala visitó en INP con el fin de llegar a acuerdo con mi supervisora in situ sobre las actividades a realizar dentro de la Institución. O bien contribuye a que se identifiquen las fortalezas y dificultades que cada uno como residente tiene en el trabajo con los pacientes y que cada tutor pueda apoyar de manera más individual en fortalecer las habilidades y en apoyar a superar las limitantes para mejora del tratamiento de los pacientes.



RETOMAR LAS SESIONES DE CASOS CLINICO

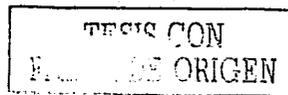
Este tipo de sesiones contribuyen a que a se pueda recibir retroalimentación por parte de los demás compañeros de la maestría y de los docentes de tal forma que esto repercuta en la mejora del servicio.

La UNAM y su Facultad de Psicología siempre se han caracterizado por brindar posgrados de alta excelencia académica y considero que la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual es de muy buen nivel, sus docentes, tutores, las sedes, el apoyo de las Instituciones que proporcionan las becas, etc. pero siempre es importante que se sigan realizando mejoras a los programas, lo cual permite que estos se fortalezcan y es una gran oportunidad que los residentes que estuvimos instalados en las sedes podamos proporcionar algunas sugerencias propositivas que pueden servir de apoyo para fortalecer el programa.



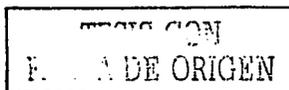
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amiel, J., Rouessé, J., Machover, D. (1978). Manual de Oncología. Barcelona: Toray-Masson.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. Nueva York: Freeman and Company.
- Bayés R, (1985). *Psicología Oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*, España, martinez roca.
- Bello, A. (1983). Hematología básica. México: Editoriales Médicas.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva* (9ª edición). Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Bernstein, D. y Borkovec, T. (1983), *Entrenamiento en relajación progresiva*, España, Desclee De Brouwer.
- Brigham, D., Davis, A. y Cameron-Sampey, D. (1994). *Imagery for getting well: clinical applications of behavioral medicine*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Buchanan, D. y Abram, H. (1989). Psychological adaptation to hemodialysis. En Moos, R. (editor). *Coping with physical illness 2: new perspectives*. Nueva York: plenum medical.
- Buela-Casal, G. Y Caballo, V. (Comps.) (1991). Manual de Psicología Clínica Aplicada. España: Siglo XXI.
- Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J. y Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end stage renal disease. *Journal of behavioral medicine*. 12: 249-265.
- D'Zurilla, T. y Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy: a social competence approach to clinical intervention* (2ª edición). Nueva York: springer.
- Dahlquist, L., Gil, K., Armstrong, D., Ginsberg, A., Jones, B. (1985). Behavioral management of children's distress during chemotherapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 325-329.
- Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Edgar, L., Rosberger, Z., Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Assessment and Intervention Cancer*, 69, 817-828.
- Ellis, J., y Spanos, N. (1994). Cognitive behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar



- punctures: A critical review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 96-108.
- Gil, K. M. (1984). Coping effectively weith invasive medical procedures: a descriptive model. *Clinical Psychology Review*, Vol. 4, 339-362.
 - Johnson, J. E., Rice, V. H., Fuller, S. S., Endress, M. P. (1978). Sensory information instruction in a coping strategy and recovery from surgery. *Research in Nursing Health*, 1, 4-7.
 - Labrador, F., Cruzado, A. y Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación de conducta*, Madrid: Pirámide.
 - Langer, E. J., Janis, I. L. Wolfer, J. (1975). Reduction of stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 155-165.
 - Lanzokowsky, P. 1983. *Pediatric Oncology*: McGrawhill. EUA.
 - Latorre Postigo, J. (1981). *Psicología de la Salud; aportaciones para los profesionales de la salud*, Buenos Aires República de Aregentina: Lumen
 - Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
 - Levenson, J. y Olbrisch, (1993). Psychosocial evaluation of organ trasplant candidates: A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34 (4): 314-323.
 - Long, C. (1989). Renal care. En Broome, A. (ed.). *Health psychology*. Nueva York: Chapman and hall.
 - Mam Gmora Yael. Tesis "Trastornos de ansiedad en niños: variables interactivas familiares y patrones de crianza como predictores de riesgo. UNAM, 1998.
 - Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Shorr, O. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Pstiyology*, Vol. 58, No. 5, 565-572.
 - McGrath, P., Unruh, A. (1993). Psychological treatment of pain in children and adolescents. En Schechter, N., Berde, Ch., Yaster, M. Pain in infants, children and adolescents. (pp. 219-228) E.U.A.: Williams and Wilkins.
 - Mckay, M, Davis, M, Fasnning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, España, Martínez roca.
 - Meichenbaum, D. (1985). *Manual de inoculación del estrés*. Madrid: Martínez Roca.
 - Michael C. Roberts, James E. Maddux. 1995 *Pediatric Psychology*. Healt are Psychology for Children.

- Millon, T. (1992). Handbook of Clinical Psychology. Ed. Academy Press: E.U.A.
- Mith, K.E. Akerson, J. P. Blotcky, A. D. 1989 Pediatric cancer patient's preferred copying styles during invasive medical procedures. Journal of Pediatric Psychology 405-419.
- O'Donnell, K. y Chung, J. (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(1): 38-43
- Palmer, S., Canzona, L. y Wai, L. (1989). Helping families respond effectively to chronic illness. En Moos, R. (editor). *Coping with physical illness 2: new perspectives*. New York: plenum medical. El artículo también se encuentra en *Social work in health care*, 1982, 8, 1-14.
- Pointevin, A, Medina, A, *Folleto sobre Radioterapia Manual para el paciente oncológico*.
- Pomerleau, O. & Brady, J. (1979). *Behavioral medicine: theory and practice*.
- Ramírez Tena, I. (2000). Prosecretario técnico de la Organización Nacional de Trasplantes. *Aspectos Médicos del Trasplante*. Conferencia dictada el 30 de Agosto de 2000 en el curso de "Temas selectos de derecho y salud". Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM.
- Rita Vazquez Morales. Tesis UNAM 1997 "Prevención primaria de la agresión. Análisis retrospectivo de patrones de crianza e interacción como factores de riesgo".
- Rivera, L. (1994). Diagnóstico del niño con cancer. Madrid: Mosby/Doyma.
- Ruiz Flores, L., Vázquez Estupiñán, F., Corlay Noriega, I. y Gracida Juárez, C.
- Russell A. Barkley. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford press. 1997.
- Russell A. Barkley. Taking charge of ADHD. New York: Guilford press. 2000.
- Salas, M. (1988). Neoplasias malignas en los niños. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Salas, M. M. 1988 Neoplasias malignas en niños. México: Interamericana.
- Schwartz & Weiss (1978). Citados por Samuel Jurado en curso sobre ansiedad.
- Shapiro, D. (1988). Hacia una Medicina Comportamental Comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 20. No. 1. 27-43.
- Spirito, A., Stark, L., Gil, K. (1995). Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:3, 283-290.



- Stapleton, S. (2000). Powerlessness in persons with end stage renal disease. En Miller, J. (Ed.). *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness* (3rd edition). Philadelphia: Davis company.
- Sullivan, H. (1974). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique. [nota: 1974 es el año de impresión dado que el texto no tenía el año de publicación]
- Symister, P. y Friend, R. (1996). Quality of life and adjustment in renal disease: a health psychology perspective. En Resnick, R. y Rozensky, R. *Health psychology through the life span: practice and research opportunities*. Washington: American psychological association.
- United States of America: Williams & Wilkins.
- Vargas Martinez, C. (2000). Secretaría de Salud Hospital Juárez de México: 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*. 67 (3): 136-138.
- Viveros Contreras, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*. 67 (3): 134-135.
- Walen, S., DiGiuseppe, R. y Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: oxford university press.
- Wilson, R. (1987). *Don't panic: taking control of anxiety attacks*. Nueva York: Harper & Row.
- Zeltzar, L. K., LeBaron, S., Richie, D. M., Reed, D. (1988). Can children understand and use a rating scale to quantify somatic symptoms? Assessment of nausea and vomiting as a model. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, Vol. 56, No. 4, 567-572.