



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, MALTRATO SEXUAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES QUE CURSAN SU PRIMER ABORTO

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

PAULA LETICIA BÁRCENAS VÁZQUEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: **DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO**

COMITÉ TUTORIAL: **MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**

MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por darme la oportunidad de aprender y crecer a nivel personal y profesional.

Al Hospital Juárez de México y al Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” por abrirme sus puertas y por contribuir a mi aprendizaje.

A la Dra. Sandra A. Anguiano Serrano por compartir conmigo su tiempo, sus conocimientos y su experiencia pero sobre todo por acompañarme a lo largo de todo este proyecto. Mi respeto y admiración para usted.

A Leo, mi profesor, mi revisor, mi gran amigo. Gracias por tu disposición, por tu tiempo, por todo tu apoyo y tu cariño.

A Bertha, conocerte definitivamente me hizo crecer y descubrir una forma diferente de hacer psicología. Te agradezco los momentos de vida que compartiste conmigo, tu confianza, tu apoyo, tu amistad y todo tu cariño. Te admiro muchísimo.

Al Dr. Alfonso G. Carrera Riva Palacio, por ser un profesional en toda la extensión de la palabra, por creer en mí, en mi trabajo, por su enorme disposición pero sobre todo por impulsarme, por ayudarme a crecer y por haberme dado la oportunidad de formar parte de su equipo. Mil gracias doctor.

Al Dr. Víctor A. Martínez Silva, por creer y apoyar tanto mi trabajo. Gracias por tu confianza y por todos estos años de amistad. Te debo mucho.

A los demás miembros de mi comité tutorial, al Mtro. Horacio Quiroga Anaya, al Dr. Juan José Sánchez Sosa, al Mtro. Arturo Martínez Lara y al Mtro. Fernando Vázquez Pineda por contribuir de manera importante a mi aprendizaje y a mi desarrollo profesional.

A los jefes de servicio, médicos adscritos y residentes que apoyaron e impulsaron mi trabajo en las sedes hospitalarias. De manera especial quiero agradecer al Dr. Bon y al Dr. Pasos, excelentes médicos y grandes seres humanos. Gracias por su apoyo y su amistad.

Por último, quiero agradecer a todos los pacientes que me permitieron formar parte de sus vidas. Gracias por creer en mi trabajo, por toda su confianza y por todo lo que pude aprender gracias a ustedes.

DEDICATORIAS

A Ana Laura, EL GRAN AMOR DE MI VIDA. Nena, tenerte es el mayor obsequio que pudo hacerme la vida. Eres maravillosa y quiero que sepas que todo en mi vida tiene sentido gracias a ti. ADORO TODO DE TI Y ME SIENTO LA MUJER MÁS AFORTUNADA POR TENER A MI LADO A UN ÁNGEL COMO TU. Gracias mi amor por toda tu dulzura, por tu paciencia, por adaptarte pero sobre todo por amarme.

A mis abuelos, fuentes de luz, sabiduría y un amor infinito.

A mi madre, por existir y por haber hecho de mi lo que soy. Gracias por enseñarme el sentido del amor, de la entrega, de la responsabilidad y de la verdad. Gracias por estar siempre ahí, por conocerme, comprenderme, aceptarme, apoyarme, protegerme y perdonarme. Estoy segura que no hubiera podido cumplir mis sueños de no ser por ti. Quiero que sepas que TE AMO CON TODA MI ALMA Y QUE NO ME VA A ALCANZAR LA VIDA PARA AGRADECERTE TODO LO QUE HAS HECHO POR MI. Te adoro mami.

A mi padre, por existir y porque el tenerlo a mi lado puedo sentirme completa. Quiero que sepas que TE AMO CON TODA MI ALMA y que siento un profundo respeto y admiración por ti. Eres un gran ser humano y me siento muy afortunada de que seas mi padre. Te adoro papi.

A mi hermano Fausto, por todo su apoyo y protección pero sobre todo por el amor que le das a mi niña. Eres sinónimo de integridad y congruencia. Mi amor, mi respeto y admiración para ti.

A Sergio (mi hermano de chocolate), gracias por considerarme especial, por confiar en mi y por apoyarme en todo momento. Gracias por luchar y por amar la vida de la forma en que lo haces. Te quiero mucho.

A Maru, Anita e Inés, porque son una parte importantísima de mi vida y porque las amo profundamente. Gracias por creer en mí, por todo su apoyo, por todo su amor y gracias por amar a mi niña de la forma en que lo hacen. Inés quiero que sepas que siempre recordaré tu maravillosa esencia.

A Carlos y Víctor Ariel, por todo su apoyo, amor y porque me han regalado enormes momentos de vida. Los quiero mucho.

A Carlos Ariel y a Michelle, porque deseo que cumplan con todos sus sueños y porque los amo profundamente.

A Eduardo, Lourdes, Julio y Ricardo, por creer en mi, por apoyarme y por todo su cariño. Mi respeto y admiración para ustedes. Los quiero mucho.

A Areli, por compartir conmigo mis sueños y mis proyectos. Quiero que sepas que admiro muchísimo tu trabajo y te agradezco infinitamente tu apoyo incondicional y tu amistad. Eres una gran mujer nena. Te quiero mucho.

A Paty y Edith, compañeras de trabajo pero sobre todo grandes amigas. Gracias por todo su apoyo, su confianza, su amistad y su cariño. Ambas son mujeres extraordinarias y muy valiosas. Las quiero mucho.

Finalmente, a ti Pedro, gracias por todo el apoyo que les proporcionaste a mis pacientes, pienso que eres un gran profesional y que sientes un profundo amor por tu profesión. Mi respeto y admiración para ti. De manera especial, quiero agradecerte todo el apoyo que nos brindaste a mí y a mi familia en momentos de angustia y muchísimo dolor pero sobre todo desearte lo mejor. De corazón, gracias.

“El secreto de la felicidad no está en hacer siempre lo que se quiere, sino en querer siempre lo que se hace”

León Tolstoi

ÍNDICE

INFORME DE INVESTIGACIÓN APLICADA

| | |
|--------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| FORMULACIÓN DE CASO..... | 21 |
| OBJETIVO..... | 21 |
| MATERIAL Y MÉTODOS..... | 21 |
| EFECTOS CLÍNICOS..... | 22 |
| DISCUSIÓN..... | 26 |

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO SERVICIO DE ONCOLOGÍA

| | |
|---|----|
| CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE..... | 29 |
| UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL..... | 30 |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA ROTACIÓN..... | 32 |
| ACTIVIDADES ACADÉMICAS DURANTE LA ROTACIÓN..... | 79 |
| ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS..... | 80 |
| POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN..... | 81 |
| ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS..... | 84 |
| EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN..... | 85 |
| COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS..... | 86 |
| CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... | 87 |

**SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA: HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR.
SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

| | |
|---|-----|
| CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE..... | 88 |
| UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL..... | 89 |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA ROTACIÓN..... | 91 |
| ACTIVIDADES ACADÉMICAS DURANTE LA ROTACIÓN..... | 100 |
| ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS..... | 101 |
| POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN..... | 101 |
| ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS..... | 104 |
| EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN..... | 105 |
| COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS..... | 106 |
| CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS..... | 107 |

| | |
|--|------------|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 108 |
|--|------------|

| | |
|--------------------|------------|
| ANEXOS..... | 114 |
|--------------------|------------|

RESUMEN.

El trabajo que se muestra a continuación presenta el informe de actividades profesionales de la residencia en Medicina Conductual. En la primera parte se describe la investigación realizada durante el segundo año de residencia en el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”. El objetivo del presente estudio fue comparar los niveles de ansiedad, depresión, maltrato sexual y los factores sociodemográficos en un grupo de mujeres adolescentes y otro de mujeres adultas que cursan su primer aborto con embarazo deseado, no deseado o forzado. Se realizó una entrevista semiestructurada sobre datos sociodemográficos, detección de maltrato sexual y se aplicó el Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI y BDI) a 118 mujeres mayores de 15 años de edad que se encontraban hospitalizadas y que accedieron a participar en el estudio. Los datos se analizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes la cual no mostró diferencias estadísticamente significativas. En el estudio se pudieron identificar mayores niveles de depresión con embarazos deseados en adolescentes y estas tienden a mostrar niveles más elevados de ansiedad en comparación con las adultas. Posteriormente se describen las acciones realizadas en los dos años de residencia. En el primer año se prestó atención psicológica en el servicio de oncología y en el segundo en el servicio de ginecología y obstetricia. En ambas sedes se evalúa el sistema de supervisión, se describen las competencias profesionales alcanzadas y se brindan conclusiones y sugerencias.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años y se estima que hay 1200 millones de adolescentes en el mundo. Otros autores no delimitan esta etapa de una forma tan precisa, sino que la definen como el período de maduración física, psicológica y social que va desde la infancia hasta la edad adulta. Estos cambios van acompañados de un mayor riesgo de problemas de salud, entre los que está el embarazo no deseado (Areosa, 2000).

Numerosos factores han influido en la modificación de la conducta sexual de los jóvenes en las últimas décadas, lo que ha contribuido al aumento en el número de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual en este grupo, especialmente desprotegido y falto de información y recursos. En nuestro ámbito, uno de cada seis nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años.

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija, y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. Aún cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo. Por otra parte la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo (Díaz, 2003).

La población adolescente de México representa un quinto de la población en el país y se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba el 11.4% de la población nacional; en el 2003 representaba el 21.3% y entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años (CONAPO, 2001).

Los adolescentes en México tomarán decisiones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas y según Díaz (2003) las situaciones que influyen en la vida futura de los adolescentes son:

- Abandonar o continuar en la escuela
- Acceder a una fuente de empleo remunerada
- El inicio de las relaciones sexuales
- Abandonar el hogar familiar
- Casarse o unirse y,
- Tener el primer hijo

El perfil social de la presente generación adolescente es más urbano y ha aumentado el nivel promedio de escolaridad. Más de la mitad (59%) ha completado la educación secundaria. Sin embargo, a pesar de estos cambios, el nivel educativo sigue siendo bajo y en el medio rural la situación es menos favorable para los jóvenes (CONAPO, 2002).

Según una encuesta realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (2001), la mayoría de los adolescentes son personas solteras (97% de los hombres y 93% de las mujeres) aunque se estima que cerca de cinco millones están casados o viven en unión libre y poco más de 240,000 cuenta en su haber con una unión disuelta. El grupo que inicia la vida marital más tempranamente es el de las mujeres que residen en localidades rurales; en las edades de 15 a 19 años una de cada cinco está casada o unida.

Aproximadamente, según la misma encuesta, un tercio de los jóvenes (31%) están casados o viven en pareja. De los jóvenes que se declaran casados o unidos, el 53% inició su unión entre los 15 y los 19 años de edad (Figura 1) y el 68% inició su actividad sexual también entre los 15 y los 19 años (Figura 2).

Figura 1. Edad a la que inician su Primera Unión los jóvenes.
Fuente: IMJ (2001).

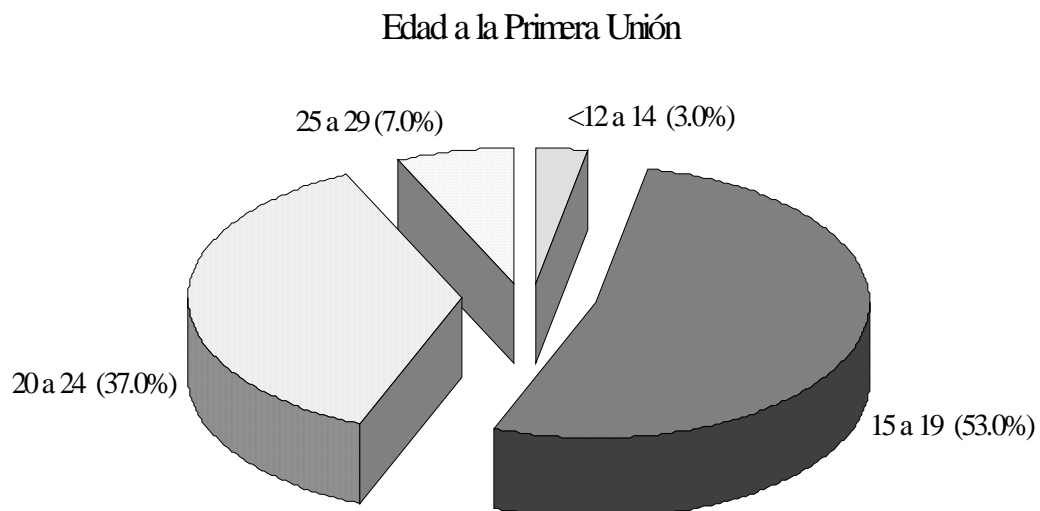
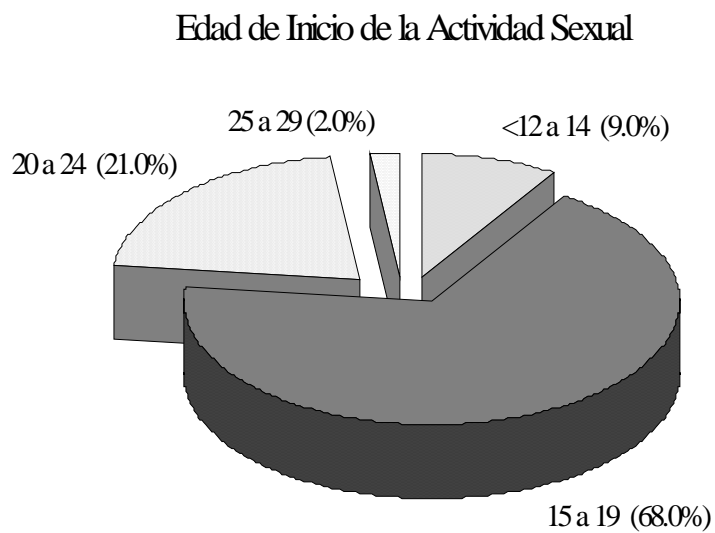


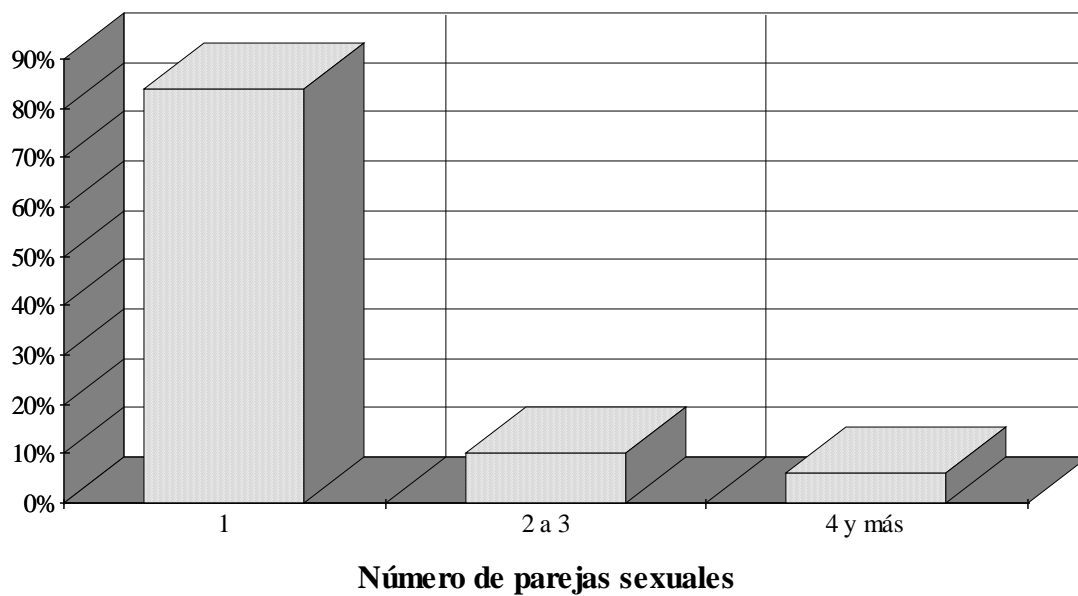
Figura 2. Edad a la que inician su Actividad Sexual los jóvenes.
Fuente: IMJ (2001).



El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes. Particularmente entre las mujeres, la secuencia unión- actividad sexual- reproducción no siempre sigue este orden y es en los grupos sociales con mayores carencias, en donde el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan sólo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo (Instituto Mexicano de la Juventud, 2001).

Un poco más de la mitad de los jóvenes (55%) refieren que ya han tenido relaciones sexuales, y su edad de inicio se encontró en el rango de 15 a 19 años. La primera relación sexual ocurrió en su gran mayoría en un alto porcentaje con una pareja sentimental, novio(a), o esposo(a) y este dato es congruente con respecto al número de parejas sexuales. La gran mayoría refiere haber tenido solo una pareja en el último año (Figura 3) y menos de un 20% han tenido más de dos compañeros (as) sexuales (Instituto Mexicano de la Juventud, 2001).

Figura 3. Número de parejas sexuales que los jóvenes tuvieron durante el último año.
Fuente: IMJ (2001).



En las prácticas para evitar un embarazo no planeado es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico, según el Instituto Mexicano de la Juventud (2001) y la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (2000). A pesar de declarar que no se busca el embarazo, sólo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de método anticonceptivo. La edad de inicio de uso de algún método anticonceptivo es entre los 15 y 19 años para más de la mitad de los jóvenes, a la edad de 24 años prácticamente todos los jóvenes sexualmente activos están utilizando algún método anticonceptivo (Figura 4). Los métodos más comúnmente usados son el condón y el dispositivo intrauterino (Figura 5).

Figura 4. Edad de inicio en el uso de algún método anticonceptivo según diferentes grupos de edad.

Fuente: IMJ (2001) y MEXFAM (2000).

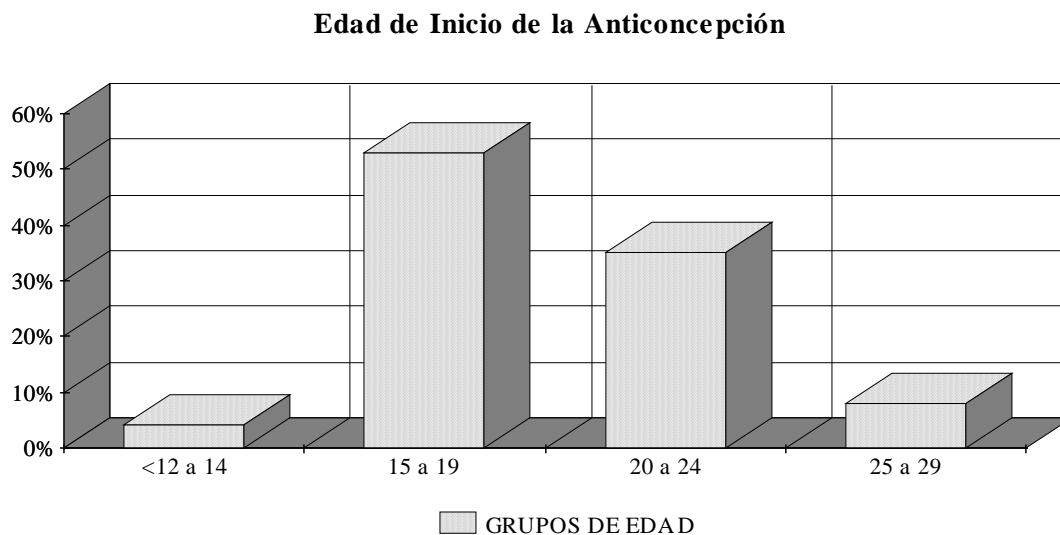
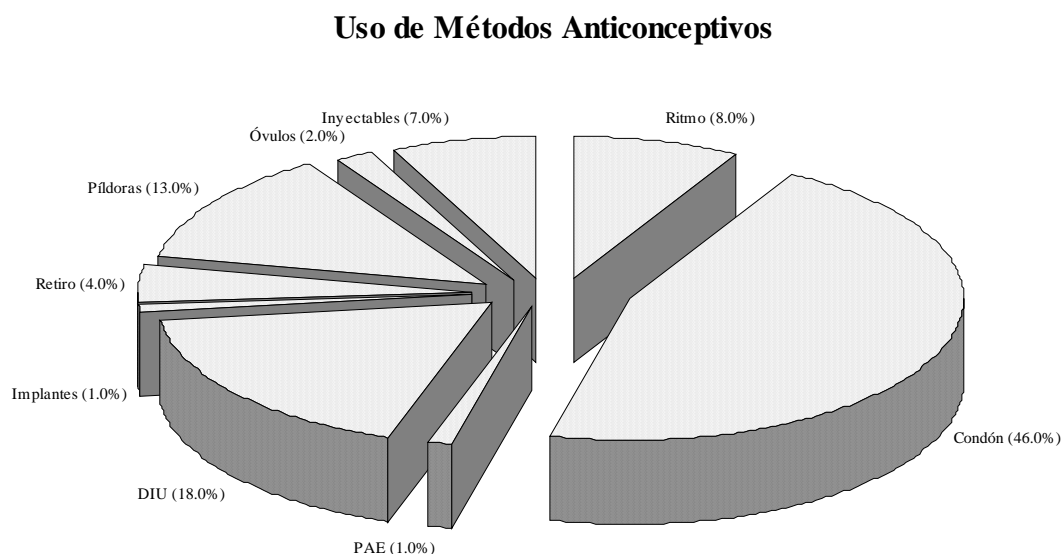


Figura 5. Métodos anticonceptivos utilizados por los jóvenes sexualmente activos.
Fuente: IMJ (2001) y MEXFAM (2000).



No obstante que la prevalencia en el uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas se incrementó de 30% en 1987 a 48.8% en el año 2000, sigue siendo la más baja con respecto a los otros grupos de edad y significativamente menor en comparación con las mujeres unidas. Lo dicho anteriormente con respecto a la prevalencia en el uso de anticonceptivos entre mujeres adolescentes unidas, es una de las características distintivas de la población adolescente y pone de manifiesto que las estrategias para hacer llegar los métodos anticonceptivos a éste segmento no han sido del todo exitosas (CONAPO, 2002).

Adicionalmente, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas de 15 a 19 años es la más alta de todos los grupos de edad y representa más del doble con respecto al valor estimado para todas las mujeres. De acuerdo a las estimaciones hechas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1997 citado en Díaz, 2003), el porcentaje de las adolescentes unidas de 15 a 19 años que no pudo obtener un método anticonceptivo a pesar de su deseo manifiesto de evitar el embarazo fue del

26.7%; esta cifra contrasta con la obtenida para el grupo de mujeres unidas de 20 a 49 años, donde el porcentaje estimado fue de 12.1%.

Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva (Tabla 1).

Tabla 1. Fecundidad en la población adolescente de 15 a 19 años, 1990-2000.

* Por 1,000 mujeres de 15 a 19 años.

Fuente: Estimación del CONAPO en base a las Encuestas Nacionales Sociodemográficas.

| Año | Mujeres 15 a 19 años (en miles) | Nacimientos (en miles) | Tasa específica de fecundidad* |
|------------|--|-----------------------------------|---|
| 1990 | 4, 868.0 | 415 | 85.0 |
| 1992 | 4, 962.9 | 413 | 82.5 |
| 1994 | 5, 006.4 | 410 | 81.3 |
| 1996 | 5, 041.7 | 397 | 78.5 |
| 1998 | 5, 109.3 | 379 | 73.5 |
| 2000 | 5, 221.1 | 366 | 70.1 |

La razón más comúnmente utilizada para explicar por qué las mujeres tienen embarazos imprevistos y no deseados es que carecen de información sobre los métodos anticonceptivos o no tienen acceso a ellos (Henshaw et al., 1999). Esto es cierto, ya que muchas mujeres se embarazan debido a la falta de conocimientos o a una información incorrecta sobre la manera de impedir un embarazo, o porque no pueden superar los obstáculos económicos, culturales o físicos para utilizar los métodos anticonceptivos que ya conocían (Faúndes y Barzelatto, 2005).

Sin embargo, esa no es la única razón, por lo cual es oportuno recordar otras circunstancias que representan causas importantes de embarazos no deseados, entre las que se encuentran la falta de control sobre la fecundidad, las relaciones sexuales forzadas, la fuerte presión para el inicio de la vida sexual y la falla de los métodos anticonceptivos (Langer, 2003).

En la actualidad se han llevado a cabo diferentes estudios que intentan abordar la problemática del embarazo en la adolescencia. Bryan y Stallings (2002) notaron que aquellas adolescentes con una historia de abuso de sustancias y desórdenes conductuales presentan una mayor tendencia a unirse con diferentes parejas sexuales y a utilizar con menor frecuencia el condón, colocándolas en un mayor riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Parte de los estudios realizados en el ámbito mundial sobre el embarazo adolescente intentan abordar algunas características que pudieran compartir las jóvenes. Crosby et al. (2002) realizaron un estudio en Georgia con 170 adolescentes afro americanas atendidas en una clínica de cuidado prenatal. En dicha investigación buscaron explorar la asociación entre “variables relacionadas con la familia” (percepción de apoyo familiar y comunicación madre-hija), la historia de enfermedades de transmisión sexual y el uso de algún método de barrera para prevenir enfermedades de transmisión sexual. Los autores concluyeron que familias con menor apoyo familiar y una comunicación madre-hija esporádica se encuentran significativamente correlacionadas con al menos una enfermedad de transmisión sexual. Por otra parte, se encontró que la comunicación madre-hija actúa como un factor de prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en un modelo multivariado. Finalmente, los resultados también indican que pocas adolescentes perciben acceso o financiamiento para su atención en el sistema de salud para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

La depresión y el episodio disfórico mixto presentan una alta prevalencia durante el período de gesta, alcanzando al 63% de mujeres embarazadas (Viguera et al., 2000). Szigethy y Ruiz (2001) describen el caso de una chica embarazada de 15 años de edad con

una historia de múltiples y tempranos abandonos, desarrollando un trastorno depresivo al reunirse factores inherentes a la adolescencia y al embarazo. Esta joven fue tratada con una combinación de psicofármacos y psicoterapia, alternativa que demostró ser la más eficaz al tratar los síntomas depresivos durante este período.

En México, Villanueva et al. (2000) llevaron a cabo una investigación para determinar la frecuencia de depresión en una muestra de adolescentes embarazadas y explorar los factores de riesgo potenciales asociados a la presencia de depresión. Los autores no lograron demostrar la asociación de factores de carácter sociodemográfico a la presencia de depresión, la cual se identificó en 39% de las adolescentes embarazadas entrevistadas. Sin embargo, la alta frecuencia de depresión en la muestra indica que es necesario instalar programas de apoyo psicológico de base hospitalaria para la adolescente embarazada que permitan identificar y tratar oportunamente patrones de riesgo en el vínculo materno infantil durante el embarazo, así como evitar o limitar repercusiones en el desarrollo psicológico de la adolescente y su hijo.

Podemos observar que el panorama nacional e internacional muestra que el embarazo adolescente es producto de la interacción de diversos factores, motivo por el cual se han implementado, sobre todo en países industrializados, programas y medidas para su prevención y atención.

A nivel preventivo, Monahan (2001) desarrolló un programa de prevención de embarazo adolescente con 797 jóvenes. La intervención buscaba trabajar diferentes áreas: actitudes, conductas durante la cita y conocimiento. Los resultados sugieren que en general, las intervenciones grupales favorecen la adquisición de actitudes positivas asociadas a la sexualidad.

A nivel de intervención encontramos que existen diferentes programas que buscan atender a aquellas adolescentes que se encuentran en el período gestacional o que deben hacerse cargo de un hijo.

Coggins y Bullock (2003) realizaron un estudio para explorar la relación entre la violencia doméstica, la coerción sexual y el embarazo. Estas adolescentes fueron incluidas en terapia grupal donde el foco del tratamiento estaba constituido por la experiencia de las mujeres en anticoncepción, sexualidad, embarazo y violencia doméstica. Las respuestas a los cuestionarios empleados sugieren que muchas de las jóvenes perciben que no pueden enfrentar a sus abusadores. Por otra parte, al transcribir las sesiones encontraron de manera recurrente dificultades para aceptar el embarazo, la violencia y poca habilidad para acceder al control de la natalidad.

Por otra parte, Philliber (2003) llevó a cabo un estudio longitudinal en Nuevo México con la finalidad de evaluar el impacto de los servicios otorgados a madres adolescentes en el período comprendido entre 1997 y 2000. Se reunieron 3194 jóvenes y los datos muestran que posterior a la intervención se logró impulsar a las adolescentes a obtener un empleo y además el tiempo transcurrido entre el primer y el segundo embarazo se incrementó.

Harris y Franklin (2003) evaluaron el efecto de una intervención grupal realizada a nivel escolar sustentada en el modelo cognitivo-conductual. Las autoras utilizaron un diseño pretest-postest y 30 días de seguimiento. En el estudio participaron 85 adolescentes México-Americanas entre los 17 y 19 años, que fueron aleatoriamente asignadas a un grupo control y uno de tratamiento. La evaluación se realizó a través de del “*Social problem solving inventory revised*” en su forma corta y la escala titulada “*Adolescent doping orientation for problem experiences*”. Al término de la intervención, aquellas jóvenes que pertenecían al grupo experimental obtuvieron puntuaciones más altas en las escalas y se observó que las adolescentes que ya tenían un hijo y asistieron a la intervención se vieron orientadas a graduarse de la preparatoria. A este respecto, Kalil (2002), elaboró un estudio longitudinal para investigar de qué forma la percepción del ambiente psicológico escolar actuaba como predictor de cambio en las expectativas educativas de 81 madres adolescentes entre los 14 y 18 años. El autor concluye que aquellas jóvenes que interactuaron con algún maestro que las trataba como “menos inteligentes” de lo que en realidad eran y que desistieron a inscribirse en ciertas clases

debido a su condición de madres, presentaron un descenso en sus expectativas educacionales a través del tiempo.

Stirtzinger et al. (2002) llevaron a cabo un estudio con la finalidad de describir el curso del ejercicio de la maternidad de madres adolescentes. Participaron 20 adolescentes entre los 14 y 20 años a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck. Estas jóvenes fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control y uno experimental. Los resultados muestran que gracias a una intervención grupal los sentimientos de control y atribución derivados del abuso y de una disciplina coercitiva disminuyeron significativamente, al mismo tiempo que se redujo el nivel de depresión el cual no varió en el grupo control. Probablemente el elemento más efectivo de esta intervención es el uso de un modelo incluyente-interactivo que favorece la reflexión de las adolescentes sobre la crianza recibida y la que ellas proveerán.

Ante un embarazo no deseado, según Langer (2003), las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, sus parejas y sus familias. Las consecuencias más graves se derivan del aborto inducido en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que éstos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos reproductivos son mayores.

Sin embargo, antes de analizar la problemática del aborto a detalle es necesario definir algunos conceptos relacionados con el mismo.

El aborto suele definirse como la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad (20 semanas o 499 gramos de peso) y constituye un problema de salud pública por la elevada morbilidad que ocasiona al efectuarse frecuentemente en condiciones inseguras (Mondragón, 1992).

Según la etiología, el aborto puede ser espontáneo o inducido. El aborto espontáneo ocurre sin ninguna intervención externa y puede ser causado por enfermedades de la madre o defectos genéticos del embrión. La expresión “aborto inducido” se utiliza cuando esa interrupción se debe a una intervención externa deliberada (Faúndes y Barzelatto, 2005).

En sus aspectos fundamentales, el aborto espontáneo es un problema médico que afecta la salud de una mujer, aunque también puede tener consecuencias sociales y psicológicas para ella y su familia. El aborto inducido, por su parte, es un problema personal y social con profundas implicaciones médicas, culturales, religiosas, éticas, políticas y psicológicas (Faúndes y Barzelatto, 2005).

Según Lewis y Chamberlain (1994), el aborto puede presentar diferentes variedades clínicas entre las que se incluyen: amenaza, inevitable, completo, incompleto, séptico, diferido y recurrente.

La falta de datos sobre los abortos es fácil de entender en los países donde la práctica es ilegal, dado que su divulgación puede tener serias consecuencias para la mujer y para quien lo realiza. En esos países no hay estadísticas oficiales y las estimaciones de la incidencia de los abortos se basan sobre todo en el número de mujeres con complicaciones relacionadas con ellos, que han sido tratadas por el sistema de salud (Faúndes y Barzelatto, 2005).

Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social hace algunos años, mostró que el 63% de los internamientos de pacientes con problemas relacionados con el embarazo correspondían a complicaciones secundarias a un aborto (Hernández et al., 1991).

Se utilizan, asimismo, estudios realizados mediante entrevistas a muestras representativas de la población, aunque es bien sabido que las cifras obtenidas a través de entrevistas personales son muy inferiores a los números reales (Barreto et al., 1992; Jagannathan, 2001). Los investigadores en esta área han desarrollado varios métodos innovadores para obtener datos más completos sobre el aborto, pero hay buenas razones para suponer que aún los mejores de ellos no consiguen obtener una información correcta sobre el número de abortos (Barreto et al., 1992).

Las informaciones más fehacientes son las obtenidas en países donde el aborto es legal en una amplia variedad de circunstancias y en los cuales se recogen y documentan datos estadísticos precisos y completos. Las estadísticas oficiales, sin embargo, suelen ser incompletas, aún en países como Estados Unidos (Henshaw et al., 1998).

En los Estados Unidos se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto (Brown y Eisenberg, 1995). Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos (Instituto Alan Guttmacher, 1994).

Un análisis efectuado por Henshaw et al. (1999) calculó que en 1995 hubo en total 46 millones de abortos, pero aceptó que la cifra podía variar entre los 42 y los 50 millones, debido a la escasa confiabilidad de los datos. La Organización Mundial de la Salud acepta ese número como la mejor estimación (WHO, 1997).

De acuerdo con el estudio el 26% de todos los embarazos mundiales, sin incluir los abortos espontáneos y los partos de fetos muertos, terminan anualmente en un aborto. Esto

significa que uno de cuatro embarazos es objeto de una interrupción voluntaria, cifra que ilustra la enorme dimensión del problema.

Otra forma de expresar la magnitud es relacionar la cantidad de abortos con el número de mujeres susceptibles de abortar, en lo que se denomina una “tasa”. La tasa de abortos se calcula utilizando la cantidad de mujeres en edad fértil, en vez de la cantidad de embarazos como base del cálculo, y muestra la proporción que se somete a un aborto inducido durante un año. Aunque las mujeres pueden embarazarse y hacerse abortos antes de los 15 y después de los 44 años, la posibilidad del embarazo es mucho más baja fuera de ese lapso, por lo cual los demógrafos utilizan en general (pero no siempre) el intervalo de 15 a 44 años como definición de “edad fértil” (Faúndes y Barzelatto, 2005).

Para el mundo en su conjunto, la tasa de abortos inducidos es de alrededor de 35 por cada mil mujeres de entre 15 y 44 años. En otras palabras, significa que una de cada 28 mujeres de ese rango de edad se hace un aborto al año en el mundo.

La OMS define el aborto inseguro como *“un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado, sea realizado por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en un ámbito en el que no se cumplen los mínimos criterios médicos, o con la concurrencia de ambas circunstancias”* (WHO, 1992). En contraste, un aborto médico o quirúrgico llevado a cabo por un profesional capacitado con los medios necesarios y en un ámbito médico adecuado se considera seguro, porque implica un riesgo extremadamente bajo para la mujer. La mortalidad materna observada en los casos de aborto seguro es de no más de uno por cada cien mil intervenciones, y las complicaciones también tienen una incidencia sumamente baja. De hecho, la morbilidad y mortalidad asociadas son inferiores a las correspondientes a los partos de término si el aborto se hace en una etapa temprana (hasta las doce semanas).

La mayoría de los abortos inseguros son ilegales. Sin embargo, algunos se realizan en países donde el aborto es legal, pero las condiciones en las que se llevan a cabo son inadecuadas. Por otra parte, muchos abortos seguros se hacen en países donde el aborto es

ilegal. De modo que es necesario utilizar las expresiones “*aborto seguro*” y “*aborto inseguro*” independientemente de que se trate de abortos legales o ilegales.

El aborto inseguro es uno de los problemas más importantes de salud pública que enfrentamos en México y la región. Esta afirmación se sustenta en el hecho de que dicho procedimiento tiene costos humanos, sociales y económicos bastante altos. El costo humano está representado por las complicaciones físicas (incluida la muerte materna) y secuelas psicológicas que producen dichas intervenciones. El costo social puede ser la consecuencia de limitaciones físicas prolongadas y por último el costo económico se da porque la atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud.

La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es sin duda que numerosas mujeres pagan con su propia vida su intento de terminar un embarazo no deseado, debido a las condiciones de inseguridad en que se llevan a cabo esas intervenciones.

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación. En efecto, cuando un aborto se realiza en condiciones inseguras y la mujer no tiene acceso a atención oportuna y de buena calidad, el riesgo de morir es muy alto. Conocer el número de muertes que ocurren como consecuencia del aborto sería un dato importante para apreciar la magnitud del problema. Lamentablemente, sólo contamos con aproximaciones a la cifra real, debido a la calidad deficiente de nuestras estadísticas oficiales relativas a la mortalidad materna, así como a la clandestinidad del procedimiento. La mala calidad de la información disponible obliga a recurrir a cálculos indirectos para estimar el número de muertes maternas que ocurren como consecuencia del aborto (WHO, 1998).

El lugar que ocupa el aborto entre las causas de muerte materna varía en los distintos países, con proporciones más elevadas en el Cono Sur. Es evidente que las

muerres por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad para la atención de las complicaciones es mejor (Rajs, 1996). Tomando en cuenta esta variación, es posible estimar que ocurren entre 83 y 250 muertes por cada 100,000 abortos. En promedio, en los países donde el aborto es legal, la cifra correspondiente es de 0.6 (WHO, 1998).

Las defunciones a consecuencia de un aborto mal practicado son muertes prevenibles, ya que se podría evitar el embarazo no deseado, interrumpirlo en condiciones seguras y tratar con eficacia sus complicaciones. Todo ello hace que esta realidad sea verdaderamente inaceptable.

El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero los riesgos que enfrenta la mujer son enormes y se agravan cuando ésta no cuenta con información que le permita identificar los signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de a dónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente. En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complicaban (Hardy y Costa, 1993). Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela posible. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar esta morbilidad excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario. Todas las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en alguna estadística oficial.

En décadas recientes se han publicado varias revisiones de la literatura sobre las consecuencias psicológicas del aborto inducido (David et al., 1978; Rogers et al., 1989). Aunque sus hallazgos muestran algunas variaciones, todas las publicaciones coinciden en que las consecuencias psicológicas adversas sólo se producen en un pequeño porcentaje de las mujeres. En cambio, la frecuencia y gravedad de esas consecuencias son mucho más grandes entre las mujeres a quienes se niega un aborto, y los niños nacidos como resultado de esa imposibilidad de abortar también se ven afectados (David et al., 1978; Handy, 1982; Romans-Clarkson, 1989; Dagg, 1991).

Por otra parte, estudiosos de este tema relatan que la mayor parte de las mujeres que exhibían síntomas psicológicos –depresión, entre ellos- a raíz de abortos inducidos eran las que habían sufrido el mismo problema antes de la intervención o aquellas que no habían tomado la decisión de abortar por propia iniciativa sino como resultado de presiones externas, sobre todo de sus parejas (Romans-Clarkson, 1989). Los síntomas psicológicos también se presentan cuando un embarazo deseado se interrumpe tras el diagnóstico de una malformación fetal grave (Adler et al., 1990). Además, las presiones religiosas, que asignan una fuerte connotación negativa al aborto también se asocian a una mayor posibilidad de complicaciones emocionales después de un aborto inducido (Zolese y Blacker, 1992; Russo y Dabul, 1997; Major et al., 1998).

En un estudio llevado a cabo por Fisher et al. (2005) para identificar las características que poseían mujeres con abortos inducidos de repetición, se encontró que, entre otros factores, la historia de abuso físico o sexual está asociada a la repetición de abortos inducidos.

Barriera et al. (1999) realizaron una investigación para analizar las respuestas del estado psicológico momentos antes de practicar interrupciones del embarazo. Entre las respuestas que prevalecieron encontramos la ansiedad, el miedo y la angustia. Los autores plantean que estos resultados, probablemente, se encuentren asociados al hecho de que para la mujer, todo proceder ginecológico tiene una particular significación, ya que la

invasión a sus genitales, a su sexualidad o el temor a ver afectada su función reproductiva, alteran su emoción.

Si bien algunos estudios han señalado una incidencia más elevada de los síntomas psicológicos entre las mujeres más jóvenes (Zolese y Blacker, 1992), una investigación específicamente diseñada para evaluar esta cuestión, utilizando varias escalas psicológicas, encontró que el impacto psicológico del aborto inducido no era diferente en jóvenes de apenas 14 años que en mujeres mayores (Pope et al., 2001). Por otra parte, no queda claro, asimismo, si las posibilidades de perturbaciones psicológicas son más grandes entre las mujeres que han tenido o no han tenido un hijo anteriormente, ya que diferentes estudios muestran resultados contradictorios (Payne et al., 1976; Zolese y Blacker, 1992).

Un panel de expertos convocados por la American Psychological Association para discutir el tema del aborto legal en Estados Unidos, concluyó que la interrupción del embarazo no tiene consecuencias psicológicas negativas para las mujeres que toman la decisión por cuenta propia y sin presiones externas (Adler, 1989). Si bien hay descripciones anecdóticas de depresiones graves e incluso de psicosis muchos años después del aborto (Butler, 1996), no resulta claro si las mismas mujeres no hubieran tenido las mismas perturbaciones psicológicas, u otras más graves, de no haber sufrido un aborto (Handy, 1982; Dagg, 1991).

Finalmente, también deben considerarse las consecuencias psicológicas en las mujeres a las que se niega un aborto, dado que la continuación de un embarazo no deseado hasta el nacimiento de un bebé puede tener repercusiones aún más graves para la mujer y el niño. Entre los niños nacidos como consecuencia de esos embarazos no deseados se describe un alto riesgo de sufrir diversas dificultades en sus relaciones sociales e interpersonales (Furstenberg et al., 1989; Dagg, 1991).

Por ahora no existen datos confiables que permitan estimar la frecuencia de las complicaciones emocionales del aborto inducido. Sin embargo, es posible afirmar que la

decisión entre continuar un embarazo no deseado o interrumpirlo suele ser difícil para la mujer y quienes la rodean. Un fenómeno de ésta magnitud, con las graves repercusiones ya mencionadas, constituye sin lugar a dudas, un grave problema de salud pública.

Las condiciones inseguras en las que puede practicarse un aborto pueden ser muy graves, ya que las defunciones a consecuencia de un aborto mal practicado son muertes de mujeres jóvenes, responsables del cuidado de hijos pequeños. Al faltar la figura materna existiría el riesgo de que al interior de las familias pudiera observarse desintegración (Ladipo, 1989; Liskin, 1992).

Además debe señalarse que la problemática del aborto también tiene consecuencias a nivel económico, ya que el aborto inseguro es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres y la atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud.

Las muertes de mujeres durante el proceso reproductivo ocurren con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo. Dos de las causas por las cuales mueren las mujeres embarazadas (antes, durante o después de finalizar el embarazo) son el aborto inseguro y la violencia. En países donde se ha estudiado más a fondo sobre la relación entre violencia doméstica y embarazo, se ha descubierto que las mujeres embarazadas que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente, son cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida (Heise, 1994). Tanto el aborto inseguro como la violencia, podrían ser enfrentados con acciones que pueden prevenir la mayoría de muertes maternas. Frecuentemente, un factor que limita la formulación de políticas orientadas a la prevención es la ausencia de datos precisos sobre la frecuencia con que dichas causas producen muertes (Espinoza et al., 2003).

El aborto inseguro, atenta contra la salud y la vida de la mujer. Las estadísticas mexicanas sobre la frecuencia del aborto inseguro no reflejan con certeza la magnitud del problema, pues la mayoría están subestimadas y distorsionadas. Las repercusiones legales,

éticas y emocionales conllevan a la falta de revelación de información sobre el aborto inseguro y sus complicaciones (Barreto et al., 1992). Por ejemplo, en México, en un estudio de seguimiento de 118 mujeres hospitalizadas por aborto espontáneo, se encontró que 77% correspondieron en realidad a abortos inducidos (Canto de Cetina et al., 1985). Aunque existe un margen amplio en la estimación del número de abortos inseguros en México, desde 100,000 hasta 1,600,000 abortos inseguros anuales (Paxman et al., 1993; Instituto Alan Guttmacher, 1994; CONAPO, 1999) por consenso, estaríamos hablando de 500,000 abortos al año. De este medio millón de abortos inseguros se desconoce qué porcentaje resulta en muertes maternas.

Por otra parte, la OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (WHO, 2000). Mucha de la violencia que vive la mujer proviene de su entorno familiar. De acuerdo con cifras oficiales, se estima que a nivel nacional, en México, la violencia intrafamiliar está presente en 30% de los hogares (INEGI, 2003). No obstante se desconoce qué porcentaje de embarazadas sufre de violencia y cuántas de ellas mueren por ello.

En las últimas décadas ha habido un creciente interés por estos problemas de salud pública no sólo en México, sino en todo el mundo. Revelar la asociación que existe entre el embarazo no deseado, el aborto y la violencia plantea varios retos a nivel de investigación. Por todo lo anterior, se consideró pertinente realizar un trabajo que permitiera obtener datos confiables sobre dichos tópicos.

FORMULACIÓN DE CASO.

OBJETIVO.

Comparar los niveles de ansiedad, depresión, maltrato sexual y los factores sociodemográficos en un grupo de mujeres adolescentes y otro de mujeres adultas que cursan su primer aborto con embarazo deseado, no deseado o forzado.

MATERIAL Y MÉTODOS.

La población estuvo constituida por mujeres mayores de 15 años de edad, que se encontraban en el área de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, en el período comprendido del 9 de agosto al 14 de febrero de 2006. Los criterios de inclusión para seleccionar los casos fueron: edad mayor a 15 años, que supieran leer y escribir y que se encontraran cursando su primer aborto. Los criterios de exclusión fueron: que hubieran cursado por abortos previos, que se encontraran en crisis o que presentaran algún trastorno psiquiátrico o de la personalidad.

La ansiedad se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Este instrumento consta de una lista de 21 síntomas característicos de ansiedad con cuatro opciones de respuesta y una amplitud de puntuación en cada ítem de 0 a 3 y una puntuación global de 0 a 63 (Anexo 1).

La depresión se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este instrumento consta de 21 preguntas con cuatro opciones de respuesta y una amplitud de puntuación en cada ítem de 0 a 3 y una puntuación global de 0 a 63 (Anexo 2).

A todas las pacientes se les realizó una entrevista semiestructurada sobre datos sociodemográficos y detección de maltrato sexual. La entrevista semiestructurada fue diseñada con la finalidad de recabar información sobre datos sociodemográficos, condición de embarazo, tipo de aborto y detección de maltrato sexual y abarca los siguientes rubros: edad, número de hijos, años de estudio, estado civil, ocupación, religión, método anticonceptivo utilizado (anterior y posterior al evento), número de parejas sexuales, semanas de gestación, condición de embarazo (deseado, no deseado o forzado), tipo de aborto (espontáneo, inducido o elegido), maltrato sexual (presente o ausente) y procedimiento (Anexo 3).

Resulta importante mencionar que previo a la realización de la entrevista, se invitaba a las pacientes a participar en la investigación y todas ellas accedieron previo consentimiento informado (Anexo 4).

EFFECTOS CLÍNICOS.

En el período de agosto de 2005 a febrero de 2006 se reunieron 118 mujeres con edades entre 15 y 43 años que se encontraban hospitalizadas cursando su primer aborto. La muestra quedó distribuida de la siguiente manera: el grupo de adolescentes con edades de 15 a 19 años (N=42) y el grupo de adultas con edades de 20 años en adelante (N=76). Los factores sociodemográficos de las entrevistadas se presentan en la Tabla 2.

Con respecto a la condición de embarazo y el tipo de aborto, los resultados obtenidos se muestran en las Tablas 3 y 4.

Se detectaron 16 casos de maltrato sexual, de los cuales 3 correspondían al grupo de adolescentes y 13 al grupo de adultas.

Además, se realizó un análisis para determinar si existían diferencias entre los grupos utilizando una Kruskal-Wallis para muestras independientes la cual no mostró diferencias estadísticamente significativas. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

Tabla 2. Factores sociodemográficos de las mujeres entrevistadas.

| FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | ADOLESCENTES (n=42) | ADULTAS (n=76) |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <i>EDAD</i> | 17.6 | 25.5 |
| <i>No. DE HIJOS</i> | 0-1 | 1-2 |
| <i>AÑOS DE ESTUDIO</i> | 8-9 | 8-9 |
| <i>ESTADO CIVIL</i> | | |
| <i>Soltera</i> | 31% | 14.5% |
| <i>Unión libre</i> | 61.9% | 53.9% |
| <i>Casada</i> | 7.1% | 31.6% |
| <i>OCUPACIÓN</i> | | |
| <i>Empleada</i> | 16.7% | 9.2% |
| <i>Ama de casa</i> | 61.9% | 82.9% |
| <i>Estudiante</i> | 14.3% | 1.3% |
| <i>Empleada doméstica</i> | 7.1% | 6.6% |
| <i>RELIGIÓN</i> | | |
| <i>Católica</i> | 92.9% | 88.2% |
| <i>Cristiana</i> | 7.1% | 9.2% |
| <i>Testigo de Jehová</i> | 0% | 2.6% |
| <i>METODO ANTERIOR</i> | | |
| <i>Ninguno</i> | 57.1% | 32.9% |
| <i>Dispositivo intrauterino</i> | 9.5% | 40.8% |
| <i>Preservativo</i> | 26.2% | 18.4% |
| <i>Hormonal oral</i> | 7.1% | 3.9% |
| <i>Hormonal inyectable</i> | 0% | 3.9% |
| <i>METODO POSTERIOR</i> | | |
| <i>Ninguno</i> | 19% | 14.5% |
| <i>Dispositivo intrauterino</i> | 45.2% | 55.3% |
| <i>Preservativo</i> | 0% | 0% |
| <i>Hormonal oral</i> | 26.2% | 21.1% |
| <i>Hormonal Inyectable</i> | 9.5% | 7.9% |
| <i>Salpingoclasia bilateral</i> | 0% | 1.3% |
| <i>PAREJAS SEXUALES</i> | 1.2 | 1.7 |
| <i>SEMANAS DE GESTACIÓN</i> | 11.1 | 10.7 |
| <i>PROCEDIMIENTO</i> | | |
| <i>Aspiración manual endouterina</i> | 78.6% | 81.6% |
| <i>Legrado uterino instrumental</i> | 21.4% | 18.4% |

Tabla 3. Condición de embarazo de las mujeres entrevistadas.

| <i>CONDICIÓN DE EMBARAZO</i> | <i>ADOLESCENTES (n=42)</i> | <i>ADULTAS (n=76)</i> |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <i>DESEADO</i> | <i>47.6%</i> | <i>57.9%</i> |
| <i>NO DESEADO</i> | <i>52.4%</i> | <i>40.8%</i> |
| <i>FORZADO</i> | <i>0%</i> | <i>1.3%</i> |

Tabla 4. Tipo de aborto de las mujeres entrevistadas.

| <i>TIPO DE ABORTO</i> | <i>ADOLESCENTES (n=42)</i> | <i>ADULTAS (n=76)</i> |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <i>ESPONTÁNEO</i> | <i>95.2%</i> | <i>98.7%</i> |
| <i>INDUCIDO</i> | <i>0%</i> | <i>1.3%</i> |
| <i>ELEGIDO</i> | <i>4.8%</i> | <i>0%</i> |

Finalmente, se identificaron mayores niveles de depresión con embarazos deseados en adolescentes (Figura 6) y las adolescentes tienden a mostrar niveles más elevados de ansiedad en comparación con las adultas (Figura 7).

Figura 6. Relación entre el nivel de depresión y la condición de embarazo de los diferentes grupos.

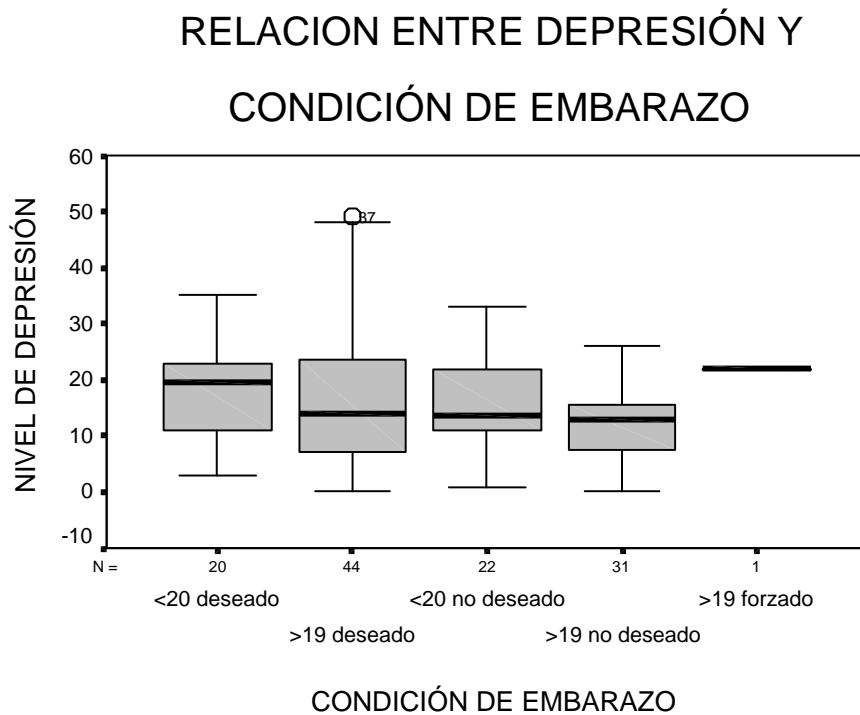
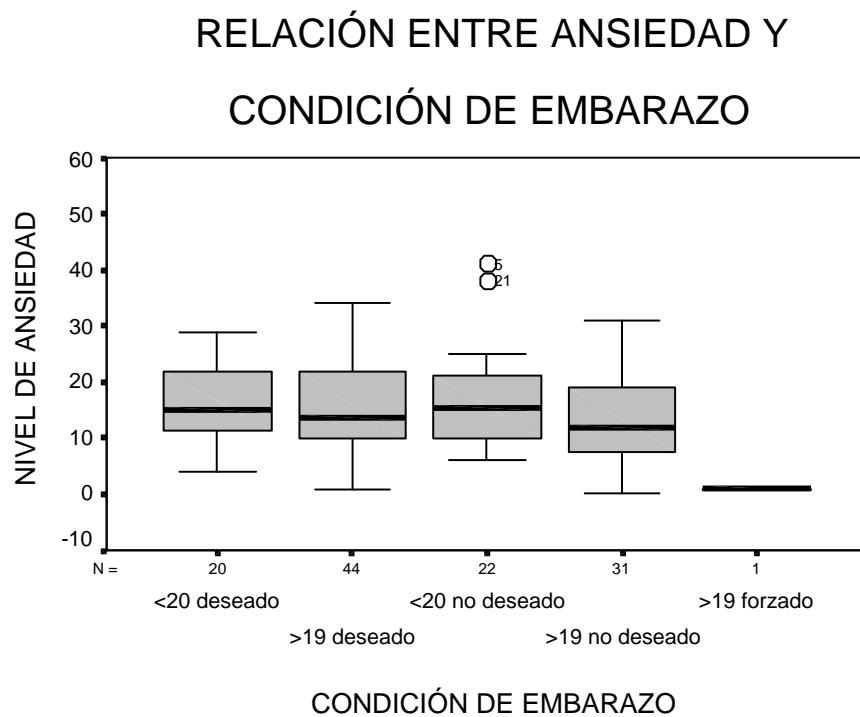


Figura 7. Relación entre el nivel de ansiedad y la condición de embarazo de los diferentes grupos.



DISCUSIÓN.

El objetivo del presente estudio consistió en comparar los niveles de ansiedad, depresión, maltrato sexual y los factores sociodemográficos en un grupo de mujeres adolescentes y otro de mujeres adultas que cursan su primer aborto con embarazo deseado, no deseado o forzado.

En el estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos, sin embargo, a nivel descriptivo podemos observar que el nivel de escolaridad se ubica en secundaria, la mayoría de las pacientes se encuentran en unión libre, son amas de casa y católicas. Las semanas de gestación que tenían las pacientes corresponden en un gran porcentaje al primer trimestre y como consecuencia de esto el procedimiento empleado en la mayoría fue el de aspiración manual endouterina. Algo interesante es que en lo que concierne al método de planificación, pudo observarse un incremento en el uso de algún método anticonceptivo posterior al procedimiento. Ciertos estudios han demostrado que mientras el 70% de las mujeres no usaban ningún método de planificación familiar antes de su primer aborto, sólo el 9% no utilizó un método anticonceptivo después del aborto (Henshaw y Van Vort, 1990). Cabe mencionar, que en este caso la intervención del psicólogo en Medicina Conductual fue muy importante, ya que posterior a la entrevista se les proporcionaba a todas las pacientes información sobre los métodos de planificación familiar con el objetivo de que realizaran una elección informada y obtuvieran un beneficio en términos de autocuidado. Estos resultados son importantes porque nos ayudan a definir las características que poseen las pacientes que son atendidas en el servicio y saberlo nos permite diseñar mejores estrategias de intervención y atender las necesidades específicas de la población.

En la investigación se identificaron mayores niveles de depresión en adolescentes con embarazos deseados, lo cual concuerda con lo observado por Zolese y Blacker (1992) que señalan que existe una incidencia más elevada de presentar síntomas psicológicos entre las mujeres más jóvenes. En el caso de la ansiedad, se determinó que las

adolescentes tienden a mostrar niveles más elevados en comparación con las adultas. En un estudio realizado por Barrera et al. (1999) se encontró que las respuestas psicológicas que prevalecieron, momentos antes de realizar interrupciones de embarazo fueron la ansiedad, el miedo y la angustia. Esto probablemente, se encuentra asociado al hecho de que para la mujer, todo proceder ginecológico tiene una particular significación, ya que la invasión a sus genitales, a su sexualidad o el temor a ver afectada su función reproductiva, alteran su emoción. Si bien no se puede generalizar, es importante señalar que un estudio japonés indicó que una opinión personal y cultural negativa sobre el aborto era el mayor determinante de ansiedad después de una interrupción elegida (Kishida, 2001). Además de lo anterior, en el caso de las adolescentes, el tener condiciones de vida inestables, el encontrarse en conflicto con sus padres o el no contar con apoyo social por parte de sus familias o sus parejas pueden influir en sus respuestas emocionales.

La mayoría de abortos en la muestra fueron de tipo espontáneo pero encontramos abortos inducidos en el grupo de adultas y elegidos en el grupo de adolescentes. En los abortos inducidos existe una presión por parte de terceros para que el procedimiento se realice y en los elegidos se recurre al aborto sin ninguna presión.

Las adolescentes que deciden recurrir al aborto sin ninguna presión de por parte de sus padres u otras personas tienen menos probabilidades de reaccionar en forma adversa. Por el contrario, las mujeres que son persuadidas por su pareja a tener un aborto en contra de sus propios deseos sienten mucha más culpa (Adler et al., 2003; Dagg, 1991).

En el caso del maltrato sexual, existen investigaciones que señalan la asociación entre dicho maltrato, los embarazos no deseados y el aborto (Heise, 1994; Coggins y Bullock, 2003; Fisher et al., 2005). En esta investigación se contó con pocos casos en los que el maltrato sexual se encontraba presente como para poder establecer una asociación, sin embargo debemos decir que la mayoría de los casos de maltrato sexual correspondían al grupo de adultas.

Tanto el embarazo no deseado como el aborto deben ser considerados como un riesgo para la salud en general y por esta razón resulta necesario el diseño e implementación de programas de prevención para las adolescentes, que contemplen educación sexual, para la salud y maltrato sexual. Estas acciones buscarían aumentar la edad al primer embarazo, aumentar el intervalo entre los embarazos e incrementar la oferta de métodos anticonceptivos a la población adolescente.

Además de lo anterior, debido a los niveles de ansiedad y depresión encontrados en este trabajo, resulta prioritaria la instalación de programas de intervención psicológica a nivel hospitalario que permitan identificar y tratar oportunamente a las adolescentes y un psicólogo en Medicina Conductual resultaría el profesional idóneo para trabajar en esta área. Dichos programas deben contemplar la psicoeducación, el entrenamiento en relajación y solución de problemas y la reestructuración cognitiva. También es importante el apoyo emocional que pueda proporcionar el personal que atiende a las pacientes (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), ya que esto contribuiría al manejo de síntomas de ansiedad y depresión.

Por otra parte, utilizar una entrevista semiestructurada de acuerdo a las características particulares de cada población, permite identificar las condiciones que facilitan o mantienen los síntomas de ansiedad y depresión, por lo que se recomienda el empleo de dicha herramienta y la capacitación de profesionales para la atención de las pacientes.

Finalmente, es importante señalar que realizar una investigación como ésta tiene una gran relevancia, debido a que en nuestro país no se tienen cifras exactas acerca del número de abortos que se practican o del impacto emocional que tienen dichos procedimientos. Además, debemos reconocer que tanto el embarazo no deseado como la práctica del aborto inseguro son problemas de salud pública que requieren atención por parte de equipos multidisciplinarios.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

El programa de residencia en Medicina Conductual comprende un curso propedéutico durante el primer semestre que nos prepara para las actividades dentro de la sede hospitalaria. A partir del segundo semestre se ingresa al trabajo hospitalario, donde se llevan a cabo dos rotaciones anuales en diferentes servicios. En mi caso, la primera rotación la realicé en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.

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 julio de 1872, se le dio el nombre de “Hospital Juárez de México”. Después del sismo de 1985, el hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de septiembre de 1989. Actualmente existen dos hospitales: uno en el centro de la ciudad, el Hospital Juárez del Centro y el Hospital Juárez ubicado en el norte de la ciudad (Viveros, 2000).

Ubicación de la sede.

El Hospital Juárez de México se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional #5160 Col. Magdalena de las Salinas, CP 07760, México, D.F.

Nivel de atención.

El Hospital Juárez de México pertenece a la Secretaría de Salud, brinda atención de tercer nivel y es sede nacional de transplantes.

Servicios de la sede.

El Hospital cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades y subespecialidades.

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.

En el Hospital Juárez de México, el residente en Medicina Conductual pertenece al Servicio de Psicología, pero también forma parte de algún servicio médico, en el cual se encarga de atender pacientes que requieren de apoyo psicológico durante su proceso de enfermedad. A continuación describo la ubicación que tuve durante mi primer año de residencia.

Servicio médico de adscripción del primer año de residencia.

Durante el primer año de residencia me encontré adscrita al Servicio de Oncología. Dicho servicio a su vez se divide en cuatro servicios más (cabeza y cuello, mama, gineco-onco y tumores mixtos). Existen además dos áreas de tratamiento (radioterapia y quimioterapia).

El área de consulta externa cuenta con cuatro consultorios, dos salas de radioterapia, una sala de quimioterapia, una sala de biopsias y urgencias, dos quirófanos y una sala de espera. Aproximadamente se atienden a 500 pacientes a la semana.

En el área de hospitalización se tienen seis salas asignadas al servicio con seis camas cada una. Generalmente los pacientes son hospitalizados por tres razones: administración de quimioterapia, cirugía y tratamiento paliativo. El promedio semanal de pacientes hospitalizados es de 50.

El Servicio de Oncología cuenta con el siguiente personal:

- Un jefe de servicio.
- 9 médicos adscritos.

- 11 residentes médicos.
- 13 enfermeras por turno.
- 4 residentes en medicina conductual.
- 3 técnicos de radioterapia.
- 2 trabajadoras sociales.
- 2 secretarias.
- 2 camilleros

Líneas de autoridad.

El residente en Medicina Conductual, sigue dos líneas de autoridad, la primera es la de la sede hospitalaria y la segunda es la de la UNAM.

En la sede hospitalaria existe un convenio entre la UNAM y la SSA que le permite al residente trabajar con los pacientes. El residente a su vez es supervisado por el Servicio de Psicología y Psiquiatría, dentro de éste el jefe inmediato es un psicólogo adscrito al servicio (supervisor in situ). En el servicio médico de adscripción, el jefe de servicio representa autoridad para el residente, en mi caso el jefe del Servicio de Oncología era mi jefe directo.

En la UNAM, el coordinador de la residencia en Medicina Conductual, el tutor académico y el supervisor académico representan las figuras de autoridad que apoyan y supervisan el trabajo del residente.

La supervisora in situ fue la Mtra. Bertha Molina Zepeda, psicóloga adscrita al Hospital Juárez de México y coordinadora de residentes en Medicina Conductual.

El supervisor académico fue el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y mi tutora académica la Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA ROTACIÓN.

Al llegar al Servicio de Oncología se nos proporcionó el programa operativo en el que se explicaba la forma en la que se organizaba el servicio y los padecimientos más frecuentes dentro del mismo. Las dos primeras semanas tuvieron como objetivo conocer el servicio y familiarizarnos con cada una de las áreas que lo conforman.

A partir de la tercera semana nos organizamos para realizar rotaciones trimestrales en cada uno de los servicios. La rotación por cada uno de los servicios se describe en la siguiente tabla.

Tabla 5. Rotación por los diferentes servicios durante el año.

| | |
|------------------------------|-----------------|
| MARZO-ABRIL-MAYO | CABEZA Y CUELLO |
| JUNIO-JULIO-AGOSTO | MAMA |
| SEPTIEMBRE-OCTUBRE-NOVIEMBRE | GINECO-ONCO |
| DICIEMBRE-ENERO-FEBRERO | TUMORES MIXTOS |

Durante todo el año se pasaba visita diariamente con el personal médico, trabajadora social y secretaria. En ese momento, cada una de las residentes detectaba las necesidades de atención psicológica de los pacientes asignados al servicio en el que estuvieran rotando.

Los días de consulta externa, del servicio en el que estuviéramos rotando, permanecíamos en la planta baja para atender a los pacientes que fueran referidos o canalizados a psicología. El día quirúrgico era utilizado para atender a los pacientes hospitalizados y en algunos casos prepararlos para cirugía o incluso favorecer la adaptación a la estancia hospitalaria.

Diariamente elaboraba notas clínicas en las que se reflejaba la problemática del paciente y el plan de tratamiento, así como la evolución que iban teniendo durante la terapia. Estas notas se anexaban al expediente médico.

Evaluación y tratamiento psicológico del paciente con cáncer.

El cáncer a pesar de los tópicos, ni es exclusivo de la especie humana ni tampoco es una enfermedad sólo presente en las sociedades industrializadas. Por el contrario, en todas las especies animales (y aún vegetales) se puede detectar la presencia de algún tipo de cáncer, constituyendo esta enfermedad una constante en la historia del género humano.

La prevalencia del cáncer en el mundo desarrollado es muy alta y ha llegado a constituir la segunda causa de muerte tras las enfermedades cardiovasculares. En cifras esto supone que, aproximadamente, el 20% de los fallecimientos en el mundo industrial son debidos al cáncer y, además, cerca de la mitad de todas las muertes por esta enfermedad son debidas a tres tipos de cáncer: el de pulmón, el de colon y el de mama (Amigo et al., 1998).

Aunque se habla de cáncer en singular, dentro de ese diagnóstico común se encuadran no menos de 200 tipos de enfermedades distintas que presentan diferencias fundamentales en su etiología, localización, sintomatología e, incluso, en su pronóstico.

Ahora bien, a pesar de esas diferencias, los procesos cancerígenos tienen, al menos, como elementos comunes una proliferación anormal de células, la tendencia a invadir los tejidos vecinos y, finalmente, la capacidad de metastizarse, esto es, de diseminarse por otras partes del organismo.

Se estima que no menos de un 70% de los factores de riesgo que favorecen o desencadenan la aparición de algún tipo de cáncer, o bien están ligados al estilo de vida de las personas y a sus comportamientos, o bien se deben a causas ambientales (Weiss, 1985). No es de extrañar, por lo tanto, que la prevalencia del cáncer haya aumentado de

un modo permanente a lo largo de este siglo y especialmente en las sociedades industrializadas (González, 1984), ya que el estilo de vida del hombre moderno se caracteriza por su necesaria convivencia con los llamados factores de riesgo.

No obstante, en el caso del cáncer es muy importante recordar que los factores de riesgo no actúan, en general, de modo aislado, sino que, en un momento dado, interactúan sinérgicamente para provocar la aparición de la enfermedad. Teniendo en cuenta este hecho, Amigo et al., (1998) menciona que algunos de los factores de riesgo que con más frecuencia se han relacionado con el cáncer son los siguientes:

- Sustancias químicas
- Sexualidad
- Tabaco
- Rayos UVA
- Alcohol
- Dieta
- Variables de personalidad
- Estrés

La carcinogénesis es un proceso silencioso del cual la persona no nota inicialmente síntoma alguno si exceptuamos, claro está, los epitelomas o cánceres de la piel, que al ser externos son fácilmente descubiertos. Esto hace que muchos tipos de cánceres pasen inadvertidos hasta que se encuentran en una fase avanzada. Los síntomas que en este momento aparecen dependen tanto de la localización en la que se asientan (con abultamiento, dolor, hemorragia, etc.) como de la función del órgano al que afectan y la de los órganos vecinos que son invadidos o comprimidos por el crecimiento neoplásico.

En cualquier caso, el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida del apetito o fiebre.

Junto a éstos, los oncólogos han descrito algunos otros signos de alarma que pueden ser síntoma de la presencia de un tumor maligno en un estado precoz. Obviamente, se ha de advertir de que la presencia de dichos signos no se relaciona directa y necesariamente con la presencia de un cáncer, ya que pueden ser debidos a otras alteraciones.

El tratamiento médico oncológico ha experimentado un notable desarrollo que hace posible, en la actualidad, conseguir cada vez más curaciones efectivas en casos de cáncer. La terapéutica utilizada es amplia; sin embargo, tres tipos de tratamiento son los más empleados.

- **Cirugía.** Este tipo de intervención tiene como objeto la extirpación de la formación neoplásica, aunque sólo se aplica cuando el cáncer está muy localizado y no es muy extenso. El problema que presenta la extirpación del tumor durante la operación es que siempre se corre el riesgo de desprender alguna célula cancerígena y permitir que se infiltre en el torrente circulatorio, lo cual podría dar lugar a la aparición de metástasis. La cirugía siempre se acompaña de radioterapia o quimioterapia.
- **Radioterapia.** Consiste en la aplicación sobre el tejido tumoral de radiaciones ionizantes de onda corta que pueden ser producidas eléctricamente, como es el caso de los rayos X, o a través de la desintegración de elementos radioactivos, como es el caso de los rayos gamma. La radioterapia se justifica en el hecho de que las células cancerígenas son más sensibles a las radiaciones ionizantes que las normales. Dichas radiaciones provocan importantes alteraciones en el ADN, en el momento de la formación de cromosomas, esto es, durante la mitosis. Puesto que las células cancerígenas, cuanto más malignas son, más mitosis sufren, se ven claramente afectadas por las radiaciones.

El problema de esta terapéutica es que las radiaciones pueden afectar también a los tejidos vecinos al tejido tumoral y que, además, existen células del organismo, en particular las células sanguíneas, que muestran una sensibilidad muy similar a las células tumorales a las radiaciones ionizantes.

- **Quimioterapia.** Consiste en el uso de sustancias químicas llamadas *citostáticos* que actúan contra la mitosis celular y que, por lo tanto, detienen la reproducción de las células cancerígenas. Al igual que ocurría con la radioterapia, al tener las células tumorales una mayor actividad mitótica que las normales, se muestran más sensibles a los citostáticos. El problema de éstos es que también afectan a las células normales, especialmente a las de la piel y a las de la sangre, por lo cual su uso conlleva la aparición de efectos secundarios característicos, como son la anemia, la disminución de leucocitos en la sangre o una sistemática alopecia total que suele provocar un profundo malestar psicológico. Una adecuada preparación para el afrontamiento de esta situación es fundamental para que el sujeto pueda superarla con el menor costo emocional posible. Finalmente se ha de subrayar que la quimioterapia, salvo en tumores muy específicos, no busca la curación del cáncer, sino que se trata sencillamente de un tratamiento coadyuvante de la cirugía y radioterapia (Daufi, 1987).

La aparición y diagnóstico del cáncer coloca a la persona, en muchos casos, en situación de indefensión, ya que se ve inmersa en un proceso de consecuencias claramente negativas que le afectarán, en mayor o menor medida, en su ámbito personal, familiar o profesional. Dicho proceso se presenta de repente, y es *impredecible* en la medida en que los comportamientos de riesgo conocidos sólo indican una probabilidad relativa de padecer la enfermedad; es *incontrolable*, ya que, en muchas ocasiones y a pesar del tratamiento médico, la enfermedad sigue su curso a mayor o menor velocidad, y, del mismo modo, es *inescapable* porque una vez detectada la enfermedad, en muchos casos (si bien cada vez menos) ya no se sale de ella, aunque se pueda aliviar o retardar su progresión (Ibáñez, 1990).

La evaluación del paciente con cáncer ha de comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que están asociadas a esta enfermedad y su tratamiento. Esta evaluación es diferente según los objetivos y áreas de que se trate (Cruzado y Olivares, 2000).

El término calidad de vida representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas (cirugía, radioterapia, quimioterapia) en el paciente, tal como es percibido por éste (Schipper, et al., 1984). Cella y Tulsky (1993) definen la calidad de vida como *“la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal”*. Las dimensiones de calidad de vida tal como las define la Organización Mundial de la salud se incluyen en la siguiente tabla (Power et al., 1999).

Tabla 6. Dimensiones y facetas de la calidad de vida.

| DOMINIO | FACETAS INCORPORADAS DENTRO DEL DOMINIO |
|----------------------------|---|
| Salud física | Actividades de la vida diaria Dependencia de medicinas y ayudas médicas Energía y fatiga Movilidad Dolor y malestar Capacidad de trabajo |
| Psicológico | Imagen y apariencia corporal Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad/religión/creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración |
| Relaciones Sociales | Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual |
| Ambiente | Recursos financieros Libertad, seguridad física Cuidados de salud y sociales: accesibilidad y calidad Ambiente del hogar Oportunidades para adquirir habilidades e información nueva Participación y oportunidades para actividades recreativas y de tiempo libre Ambiente físico (polución, ruido, tráfico, clima) |

La evaluación de la calidad de vida en cáncer tiene dos importantes funciones:

- Identificar a aquellos pacientes que requieren intervención psicológica, así como cuáles son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo de la intervención (Cella y Tulsky, 1993).

- Valorar los efectos de los tratamientos aplicados en oncología, ya que a la hora de aplicar un protocolo de quimioterapia, una terapia hormonal, etc., es preciso conocer, no sólo los efectos en la supervivencia, sino también en la calidad de vida, dado lo agresivo que pueden llegar a ser estos tratamientos (Aaronson, 1987; Barofsky y Sugarbaker, 1989; Fallowied, 1990).

La evaluación es específica de la fase o momento de intervención médica en que se encuentre el paciente, del tipo de cáncer, estadio y contexto, de forma que ha de orientarse al análisis de las variables que son relevantes a los problemas de cada fase. Además dicha evaluación ha de ser multidimensional y ha de hacer uso de procedimientos de entrevista, registro y autorregistro, medidas objetivas y cuestionarios e inventarios (Cruzado y Olivares, 2000).

El tratamiento psicológico del paciente con cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar (Aaronson y Beckman, 1987). Por otro lado, la intervención psicológica ha de estar integrada, en todo momento, con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

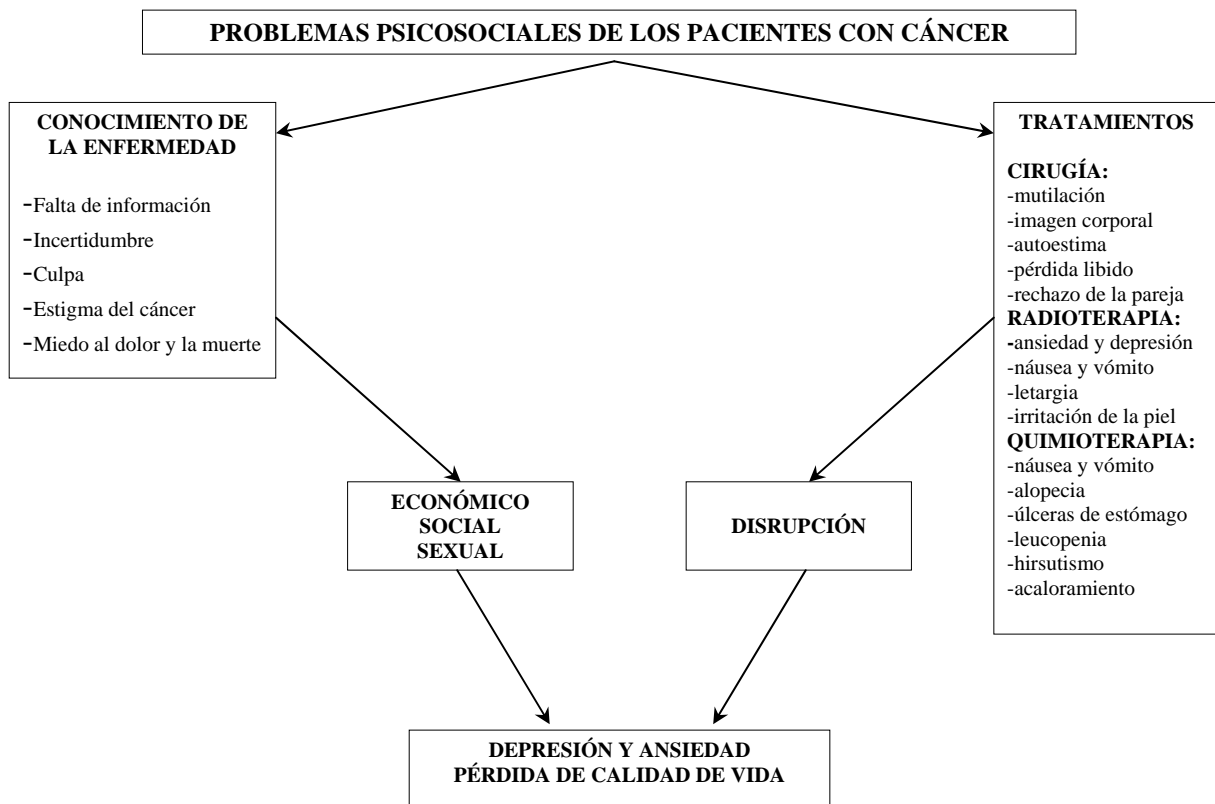
El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el cáncer va a depender de los siguientes aspectos:

- del grado de patología a nivel clínico
- de los efectos de los tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia)
- del nivel y modo de información que reciba
- del apoyo social y de los recursos ambientales

- de las competencias del paciente para hacer frente al estrés y
- de la disponibilidad de tratamiento psicológico.

En la siguiente figura se muestran los principales problemas a los que está expuesto el paciente con cáncer.

Figura 8. Problemas psicosociales de los pacientes con cáncer.



Los objetivos que de manera general se pretenden alcanzar al trabajar con pacientes oncológicos son los siguientes:

- reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas
- facilitar la adaptación al cáncer induciendo un estilo de afrontamiento positivo
- promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en el tratamiento de su enfermedad
- desarrollar estrategias de resolución de problemas para ocuparse de los relacionados con la enfermedad
- facilitar la comunicación del paciente con su pareja y otros miembros de su familia y
- estimular la participación en actividades, así como mejorar sus relaciones a nivel interpersonal.

Como podemos observar, la intervención psicológica en el paciente oncológico es necesaria desde la etapa de diagnóstico hasta la fase terminal. En el trabajo con este tipo de pacientes se emplean diferentes modalidades de intervención entre las que figuran: la intervención en crisis, la terapia de apoyo y la educación para la salud, utilizando el tipo individual, familiar, de pareja y grupal.

Finalmente, las líneas de intervención psicológica más utilizadas para trabajar con pacientes oncológicos, desde el marco de la terapia cognitivo conductual, pueden agruparse de la siguiente manera.

Tabla 7. Líneas de intervención utilizadas para trabajar con pacientes oncológicos.

| LÍNEA DE INTERVENCIÓN | OBJETIVO | TÉCNICAS |
|--|--|---|
| INFORMACIÓN ADECUADA AL PACIENTE | Favorecer la adherencia al tratamiento y la adaptación del paciente a la enfermedad. | PSICOEDUCACIÓN |
| PREPARACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN Y LOS TRATAMIENTOS | Controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y cirugía. | PSICOEDUCACIÓN CONTENCIÓN EMOCIONAL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA |

| LÍNEA DE INTERVENCIÓN | OBJETIVO | TÉCNICAS |
|---|---|---|
| TRATAMIENTO PARA PREVENIR RESPUESTAS EMOCIONALES DESADAPTATIVAS Y TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS | Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas, promover un sentido de control personal y participación activa, dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia. | CONTENCIÓN EMOCIONAL ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES |
| TRATAMIENTOS ASOCIADOS A LA PATOLOGÍA DEL CÁNCER O TRATAMIENTOS MÉDICOS DEL CÁNCER | Controlar reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia o a la radioterapia, manejo del dolor, anorexia, problemas sexuales y adaptación a amputaciones, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas. | PSICOEDUCACIÓN ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS |
| INTERVENCIÓN EN LA FASE TERMINAL | Mantenimiento de la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, así como asistir a la familia y prevenir reacciones desadaptativas a largo plazo mediante la asistencia psicológica en el duelo. | CONTENCIÓN EMOCIONAL MANEJO DE CONTINGENCIAS SOLUCIÓN DE PROBLEMAS |

Actividades desarrolladas en la consulta externa.

Para brindar una mejor atención a los pacientes, las residentes de Medicina Conductual acordaron con la supervisora in situ un plan de trabajo en el que se propuso al personal médico que refirieran a los pacientes de consulta externa que requirieran apoyo psicológico, a diferencia de años anteriores en los que los residentes de Medicina Conductual permanecían durante toda la mañana en el consultorio médico detectando pacientes.

Para lograr esto se llevó a cabo una sesión informativa con todo el personal del Servicio de Oncología en la cual se expuso lo que es la Medicina Conductual, la intervención del psicólogo en el proceso oncológico y nuestro plan de trabajo.

Se colocaron en los diferentes consultorios del Servicio de Oncología listas de características de los pacientes que requerían apoyo psicológico y se diseñó un póster con información que fue colocado en la sala de espera y en los pasillos del servicio.

Cuando un paciente era referido por el personal médico y/o de enfermería, se le pasaba en ese momento al cubículo de psicología del servicio y estando ahí se realizaba una intervención en crisis o una entrevista inicial.

Posteriormente se citaba al paciente para continuar su tratamiento, se llevaban a cabo otras sesiones de intervención en crisis, sesiones para elaborar historias de vida, sesiones de evaluación o sesiones de terapia de apoyo.

En ocasiones la distancia, el horario de trabajo, los recursos económicos o las condiciones del paciente no permitían que los pacientes acudieran a sus citas, así que se aprovechaban los días en que acudían a consulta médica o a tratamiento para realizar la intervención.

Finalmente, se daba de alta al paciente cuando se observaba una disminución favorable de los síntomas que le permitiera ser funcional y controlar su enfermedad a través de cambios en su estilo de vida y adherencia al tratamiento oncológico.

Además de lo anterior, en algunas ocasiones, se nos pedía que acudiéramos a la sala de biopsias y urgencias para proporcionar apoyo psicológico a los pacientes a los que se les realizaría algún procedimiento médico a través de técnicas de distracción o de relajación. Cabe mencionar que también se proporcionaba apoyo a los familiares de los pacientes que se encontraban en urgencias en ese momento.

Durante la rotación en el Servicio de Oncología, el jefe de servicio nos solicitó apoyo para realizar una investigación titulada: ***“Mitos conceptuales del cáncer: factores relacionados con la adherencia terapéutica”***. Dicha investigación se llevó a cabo con pacientes de la consulta externa empleando la técnica de redes semánticas y participamos

las cuatro residentes en Medicina Conductual. El objetivo, procedimiento y resultados de dicha investigación se resumen a continuación.

Objetivo. Identificar las palabras que los pacientes de la consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México asocian ante los estímulos: cáncer, quimioterapia, radioterapia y cirugía utilizando la técnica de redes semánticas.

Participantes. 75 pacientes de la consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México con diagnóstico de cáncer (cabeza y cuello, mama, gineco-onco y tumores mixtos).

Muestreo. No probabilístico, de tipo selectivo, estratificado.

Técnica. Redes semánticas.

Procedimiento. Previo consentimiento informado, se captaban pacientes en la consulta externa y se empleaban 5 tarjetas con los diferentes estímulos conceptuales para evaluar las redes semánticas. Cuatro, eran estímulos a evaluar (cáncer, quimioterapia, radioterapia y cirugía) y el restante un estímulo distractor (familia). Los datos eran anotados en una hoja de vaciado para ser procesados posteriormente.

Datos sociodemográficos de los participantes. Las características sociodemográficas de los pacientes participantes se ilustran en las siguientes figuras:

Figura 9. Distribución por género de los pacientes.

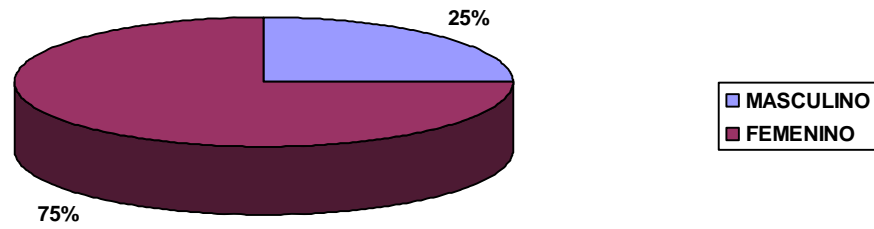


Figura 10. Distribución por estado civil de los pacientes.

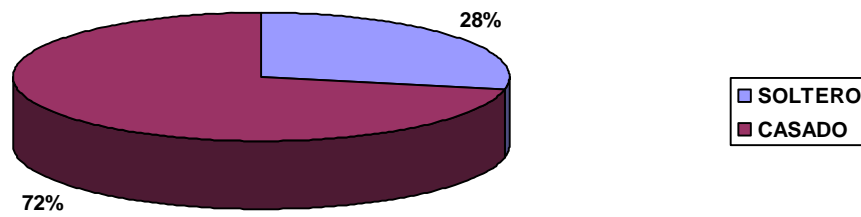


Figura 11. Distribución por escolaridad de los pacientes.

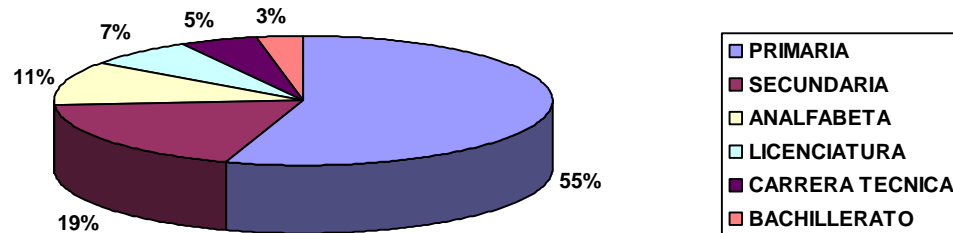


Figura 12. Distribución por lugar de residencia de los pacientes.

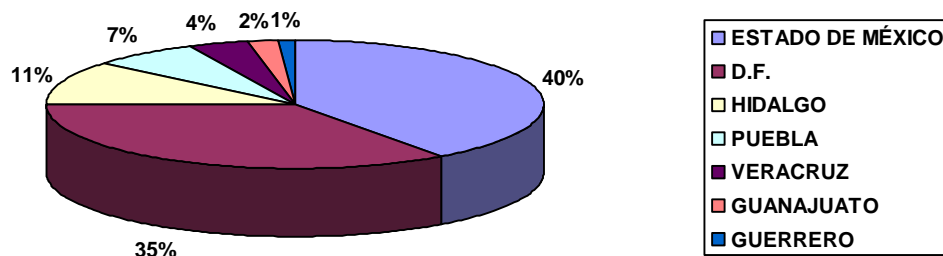


Figura 13. Distribución por ocupación de los pacientes.

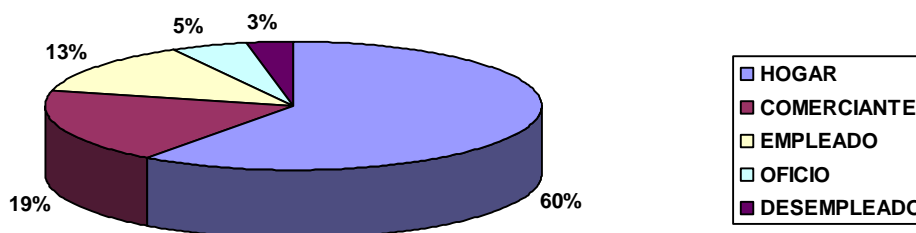


Figura 14. Distribución por religión de los pacientes.

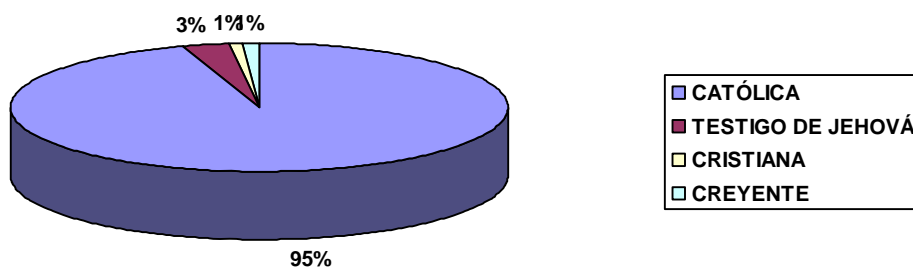


Figura 15. Distribución por servicio de los pacientes.

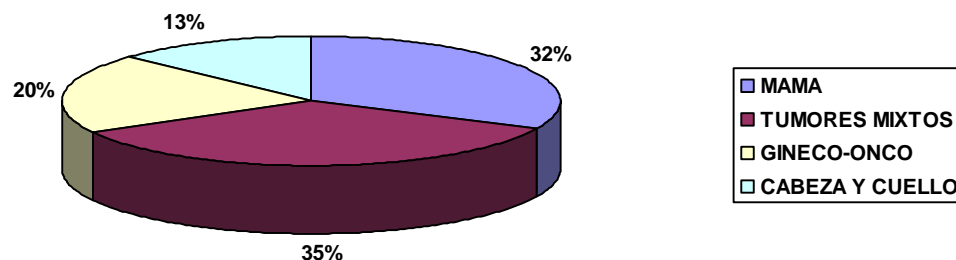


Figura 16. Distribución por tiempo de diagnóstico de los pacientes.

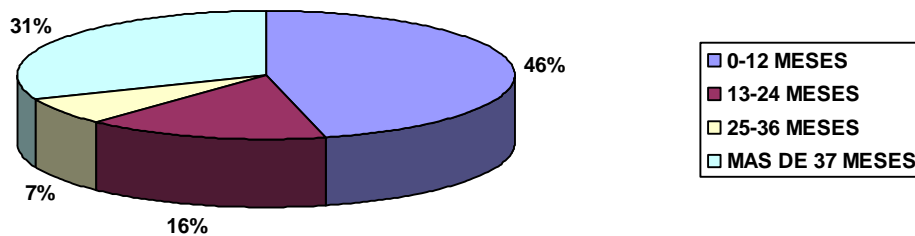


Figura 17. Distribución por etapa de tratamiento de los pacientes.

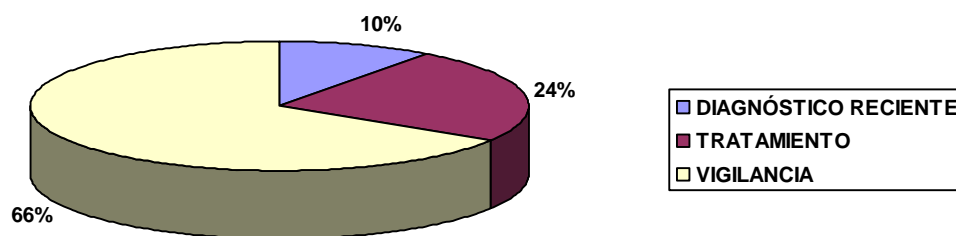
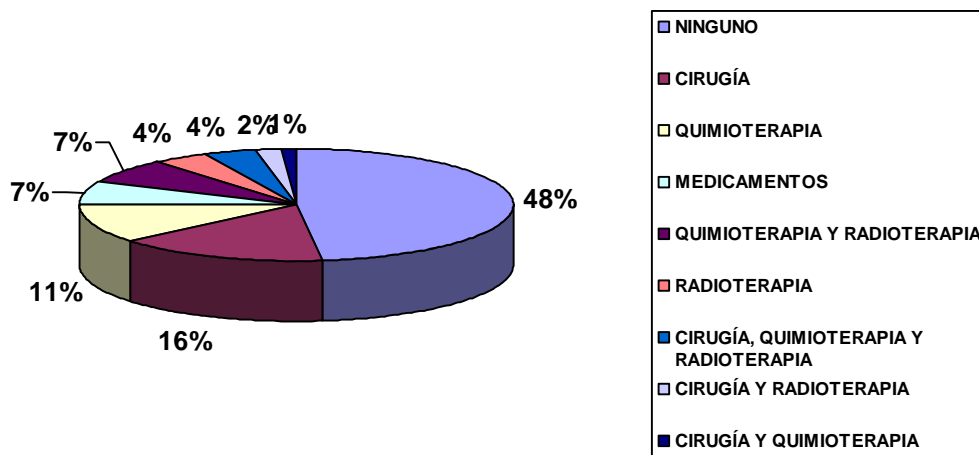


Figura 18. Distribución por tratamiento actual de los pacientes.



Resultados. Una vez reunidas todas las redes semánticas se procesaron las palabras en una hoja de cálculo y para cada estímulo se obtuvieron diferentes definidoras que tuvieron su propio peso semántico. Las siguientes figuras muestran las definidoras y el peso semántico que se obtuvo para cada uno de los estímulos.

Figura 19. Peso semántico para cada una de las definidoras del estímulo “Cáncer”.

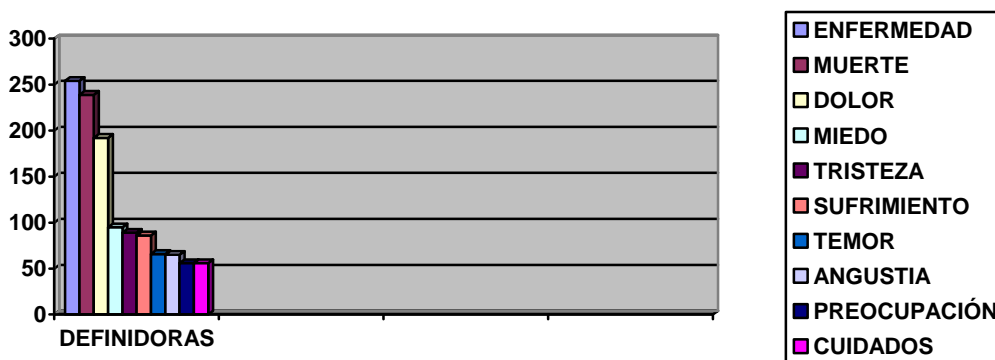


Figura 20. Peso semántico para cada una de las definidoras del estímulo *“Radioterapia”*.

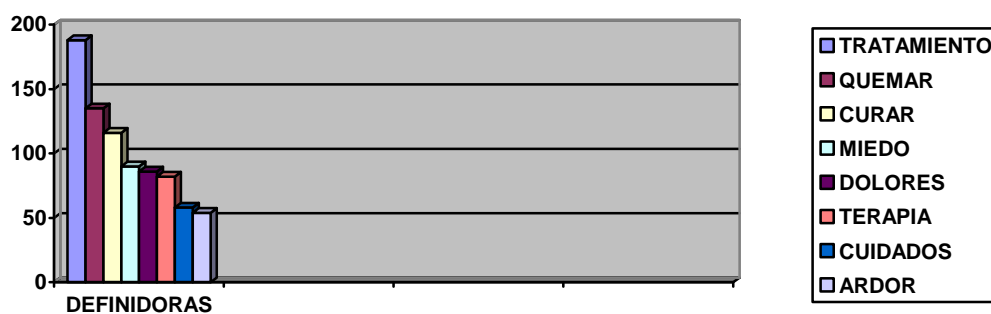


Figura 21. Peso semántico para cada una de las definidoras del estímulo *“Cirugía”*.

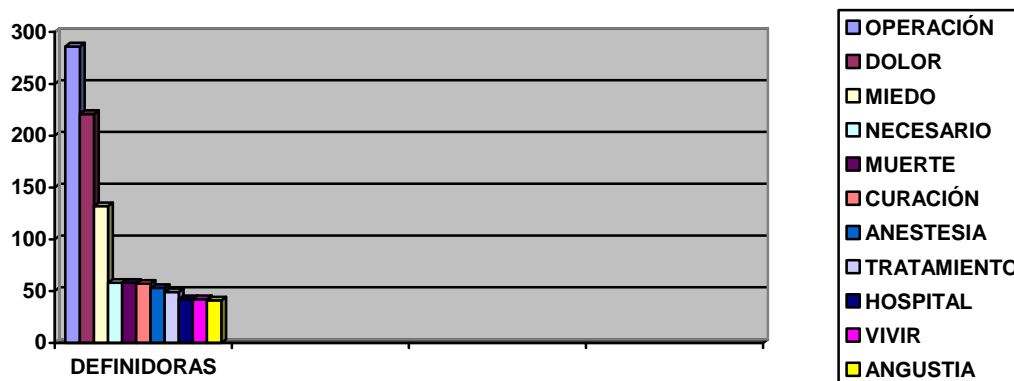


Figura 22. Peso semántico para cada una de las definidoras del estímulo *“Quimioterapia”*.

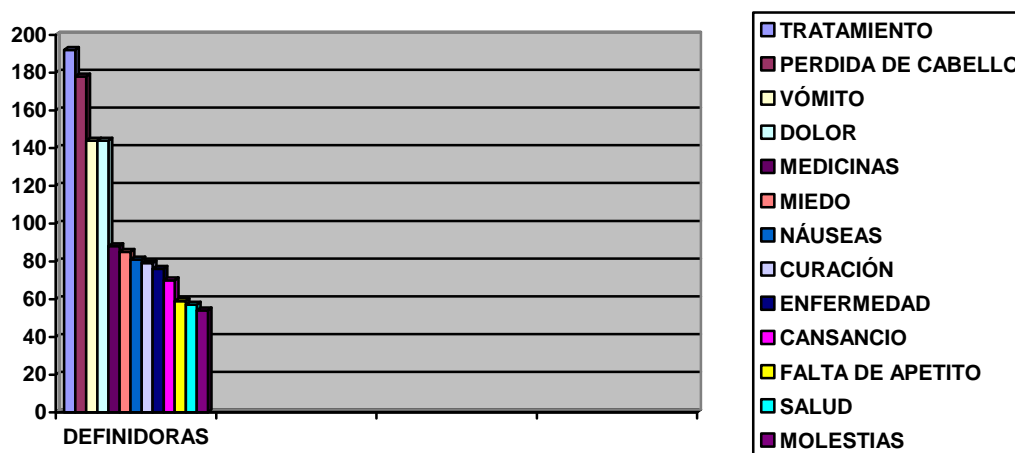
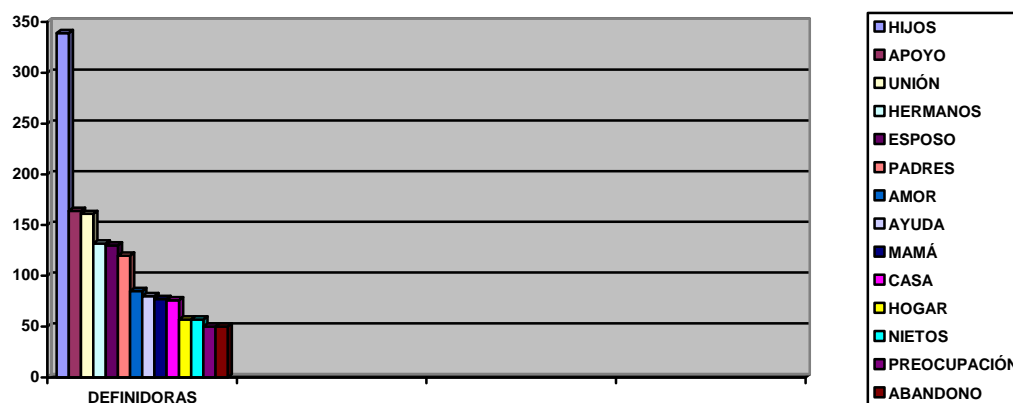


Figura 23. Peso semántico para cada una de las definidoras del estímulo “*Familia*”.



Análisis de resultados. Las definidoras de cada uno de los estímulos fueron agrupadas en cuatro categorías que corresponderían a definición, función, efectos secundarios y emociones.

Para el estímulo “*Cáncer*” podemos observar que se conceptualiza como enfermedad y está altamente asociado con muerte. Las definidoras con mayor peso semántico son emocionales (Figura 19).

Para el estímulo “*Radioterapia*” podemos observar que es definida como un tratamiento y es asociada con los efectos secundarios que la misma provoca –quemar, dolores, ardor- (Figura 20).

Para “*Cirugía*” encontramos que es percibida como un recurso de curación y las definidoras con mayor peso semántico tienen implicaciones emocionales al proceso quirúrgico –miedo, angustia- (Figura 21).

Para el estímulo “*Quimioterapia*” podemos observar que es más asociado con los efectos secundarios que genera el tratamiento –alopecia, vómito, náusea, cansancio, falta de apetito- (Figura 22).

Finalmente, para el estímulo “*Familia*”, que funcionó como distractor, encontramos que se define con una doble connotación. Por una parte como una necesidad de apoyo y por otra como una preocupación por la posibilidad de dejar a la familia (Figura 23).

Conclusión. Para proporcionar atención psicológica a pacientes con diagnóstico de cáncer debemos considerar tres contextos: el sociocultural (que incluiría las creencias y la religión), el social (representado por las redes de apoyo familiar) y el psicológico (en el que se debe tomar en cuenta la percepción y el estilo de afrontamiento del paciente). Solo teniendo una visión global del padecimiento se podrán diseñar estrategias terapéuticas efectivas que tengan como resultado la adherencia al tratamiento pero sobre todo el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Como se mencionó anteriormente, una de las funciones del residente en Medicina Conductual era dar seguimiento a los pacientes en la consulta externa, ya sea que fueran referidos por el personal médico y/o de enfermería o captados en el área de hospitalización. Para ejemplificar el trabajo realizado expongo a continuación un caso clínico, el cual corresponde a una paciente del servicio de cabeza y cuello, a la cual se le brindo atención desde el primer momento en que llegó al hospital y aunque no recibió tratamiento médico dentro del mismo acudió de manera constante a sus citas de psicología. A continuación se describen los antecedentes, la estrategia terapéutica y el trabajo por sesiones.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Teresa.

Edad: 57 años.

Fecha de nacimiento: 12/agosto/1946

Estado civil: casada.

Escolaridad: primaria.

Ocupación: ama de casa.

Religión: católica.

Lugar de nacimiento: Tlaxcala.

Lugar de residencia: Distrito Federal.

No. de hijos: 7

Edades: 37, 34 (gemelas), 33, 32, 31 y 18 años.

No. de hermanos: 11.

Posición que ocupa: 11/11.

Diagnóstico médico: Ca papilar de tiroides con metástasis pulmonares.

MOTIVO DE CONSULTA.

Teresa es paciente de la unidad de oncología y es canalizada al servicio de psicología a petición de su hija que la acompaña. La paciente comenta sentirse “muy mal”, “con muchas ganas de llorar” y “desesperada” porque su hija menor está embarazada y “se le fue con el novio” y piensa que lo que le sugirió el médico durante la consulta fue porque “ya no tiene remedio”. Además de lo anterior dice que hace aproximadamente 20 días “intentó quitarse la vida tomándose unas pastillas”.

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL.

Paciente femenino de edad igual a la cronológica, de estatura media, complexión delgada y tez morena, acude en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, puntual y constante a sus citas, durante las cuales se muestra dispuesta y cooperadora. Su cara denota

tristeza, sus ojos están humedecidos, presenta llanto, su voz en algunos momentos se nota entrecortada y por momentos deja de establecer contacto visual directo. Su período de latencia es adecuado y se logra realizar una alianza terapéutica importante desde la primera sesión.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

Teresa es la última de una familia de 11 hermanos. Cuando se le pregunta sobre su infancia, comenta que “la vivió muy mal” y que “ni siquiera acta de nacimiento tenía”. Su madre murió cuando ella era muy pequeña y no la recuerda y su padre dice que “era chapado a la antigua” y que les llamaba mucho la atención a ella y sus hermanos. Refiere que sus hermanos eran agresivos, que nunca salía y que no platicaba con alguien. Nunca tuvo amigos, rara vez jugaba, “no conoció los juguetes” y “nada más la traían en el quehacer”.

Su padre muere cuando ella tenía 6 años y uno de sus hermanos mayores y su esposa asumen el cuidado de uno de sus hermanos más chicos y de ella. Su hermano y su cuñada los traen de Tlaxcala a vivir a la Ciudad de México y mandan a estudiar únicamente a su hermano porque consideraban que no tenía caso que ella estudiara porque era mujer y “las mujeres no van a la escuela”. Su hermano pasó a ocupar el lugar de su padre y lo recuerda con mucho cariño porque “era muy bueno con ella”.

Después de un tiempo la mandan nuevamente a Tlaxcala (aproximadamente a los 12 o 13 años de edad) pero dice que la pasaba muy mal porque tenía que “ir y venir” para apoyar a sus hermanas en los quehaceres domésticos, de hecho dice que era una “criada” para ellas y para su cuñada. En este momento de su vida dice que su única diversión era acompañar a su cuñada al mandado y aunque en algunos momentos la relación no era buena entre ellas, comenta que si tenía algún problema con su cuñada su hermano “siempre sacaba la cara por ella”.

A los 17 años dice que “paró” y se quedó a vivir en la Ciudad de México. Todos sus hermanos se unieron para comprar un terreno y vivieron todos juntos en el mismo predio. Recuerda que lo que más le molestaba era que había demasiados “chiquillos” y que aunque sus hermanos le daban dinero y no le faltaba nada, nunca la dejaban salir y dice que “la tenían como en el pueblo, siempre encerrada”. Por estas fechas entabla una relación con una amiga que recuerda con mucho cariño pero con la que no podía salir porque a su familia no le parecía y la criticaban. También conoce al que hoy es su esposo que era vecino de la colonia y refiere que tuvo problemas con sus hermanos porque ella “se salía” cuando se quedaba de ver con él. Dice que se fue con él por “aburrimiento” de la vida que llevaba y tiempo después se casaron. A ella le interesaba aprender a leer y escribir por que “se sentía menos” y en esa época dice que su marido “le dio permiso” para que cursara la primaria en el INEA.

En su vida matrimonial recuerda que fue feliz durante algún tiempo, pero que después tuvo problemas con su esposo porque se hizo “desobligado” y tuvo relaciones con otras mujeres. La dejó cuando nació su primera hija por 5 meses y después regresó. En ese momento dice que lo perdonó porque una de sus hermanas se lo aconsejó, le dijo “piensa que vas a hacer con tu hija” y a partir de eso al parecer su vida ha sido más tranquila.

En la actualidad, en la casa que habitan conviven 5 de sus hijas y su esposo. Sus 2 hijos varones ya están casados y viven “aparte”. Su esposo está pensionado, es diabético y refiere que es una persona muy “paciente” pero que “no sabe regañar”, que “todos los problemas se los deja a ella” (económicos o familiares), que “toma las cosas a la ligera”, que “cuando no hay remedio, la culpa” y que aunque está siempre en la casa “no siente apoyo por parte de él”.

HISTORIA MÉDICO PSIQUIÁTRICA.

Se recuerda como una persona muy sana hasta hace 16 años que fue operada por un nódulo tiroideo. El reporte de lo extirpado fue un cáncer papilar de tiroides. Recibió tratamiento de radioterapia y fue intervenida en 5 ocasiones más. Hace 5 meses le fueron detectadas metástasis a nivel pulmonar y estuvo hospitalizada por un síndrome de derrame pleural izquierdo. Era atendida en el Hospital de “La Raza” hasta hace 3 meses que deja de ser asegurada, motivo por el cual acude al servicio de oncología del “Hospital Juárez de México”.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Teresa refiere que por una parte le preocupa todo lo relacionado con su enfermedad (curación, hospitalización, dolor físico, sufrimiento, tratamiento) y por otro lado le preocupa la situación con su hija menor que está embarazada, la cual vive con un hombre mayor, que está casado, no trabaja y que es un “atenido”.

En la entrevista inicial, comenta que se siente “muy mal” y “desesperada” y refiere síntomas tales como llanto, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

En lo que se refiere al intento de suicidio dice que ocurrió a mediados del mes de febrero de este año y se suscitó por una discusión entre su hija mayor y la pareja de su hija menor. Al parecer su hija mayor le dijo que no podían estar todos bajo el mismo techo y que tenía que elegir entre “él o ella”. Después de eso Teresa se molestó y recibió una llamada de su cuñada a la cual le dijo “si me pasa algo te los encargo”. Su cuñada le dijo que no fuera a hacer una tontería y que le pasara al teléfono a una de sus hijas. Teresa lo hizo pero nadie quiso tomar la llamada. Después pensó, “en la noche me tomo todas las pastillas para que cuando despierten yo ya no exista”. Posteriormente llamó a su hija menor

y le dijo “si algo me pasa, te tienes que ir de aquí”. Otra de sus hijas escuchó y le preguntó a qué se refería pero Teresa no le contestó. Se fue a dormir, después se levantó, se dirigió al buró en donde estaban los medicamentos pero no encontró nada porque sus hijas ya habían escondido todos los medicamentos y todo con lo que pudiera hacerse algún daño. Dice que pensó en su cuñada y que le pidió perdón a dios y que desde aquel día nunca ha vuelto a pensar en hacer lo mismo porque está muy arrepentida.

Ese día sus hijos hablaron con ella y comenzaron a tomar algunas medidas, como colocarle un timbre en su recámara para que lo tocara cada vez que necesitara algo, procuraban que siempre estuviera acompañada, que no saliera sola y trataron de motivarla para que tomara parte de algunas actividades, como por ejemplo ayudar en la preparación de la comida o hacerse cargo de las plantas del patio.

EXAMEN MENTAL.

Paciente que se encuentra orientada en las tres esferas, con adecuados procesos de atención y concentración, no presenta alteraciones de memoria, su lenguaje es coherente y congruente, niega la presencia de alteraciones sensoriales y el contenido de su discurso y pensamiento se centra en aspectos relacionados con su enfermedad y la problemática familiar de su hija menor con su pareja. Su humor lo describe como deprimido y desesperado el cual es congruente con su afecto. Su lenguaje no verbal consistente con el verbal. No se detectan alteraciones de juicio. Respuesta psicomotora adecuada, lo mismo que su período de latencia, impresiona con una capacidad intelectual promedio.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL.

| A. <i>Eventos activadores.</i> | B. <i>Pensamientos Automáticos.</i> | C. <i>Consecuencias.</i> |
|--|---|---|
| <p>No tener seguro médico.</p> <p>Dolor causado por la enfermedad.</p> <p>Conflictos entre su hija menor y su pareja.</p> <p>Conflictos entre la pareja de su hija menor y su hija mayor.</p> <p>Falta de apoyo por parte de su esposo.</p> | <p>Ya no tengo remedio.</p> <p>Ha sido una cosa horrible mi vida.</p> <p>No acepto lo de mi hija.</p> <p>Basta de tantos problemas.</p> <p>Ya no quiero más problemas.</p> <p>Se que me voy a morir y entre más rápido mejor.</p> <p>Yo quiero terminar con mi vida.</p> | <p>Intento de suicidio.</p> <p>Enojo.</p> <p>Arrepentimiento.</p> <p>Llanto.</p> <p>Falta de apetito.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Desesperación.</p> |

Estructura de pensamiento.

Orden y organización: adecuados.

Análisis y síntesis: incompleto por ansiedad.

Razonamiento y conclusiones: razonamiento emocional.

Anticipación y planeación: sustituido por futurear.

Forma de pensamiento.

Recurrente.

Procesos.

Percepción: maximización de dificultades, minimización de propias habilidades.

Atención: selectiva a eventos negativos.

Imaginación: catastrófica, exagerada.

Memoria: negativa.

Contenido.

Pensamientos automáticos: descritos anteriormente.

Creencias intermedias:

- Las personas y las cosas deberían ser como yo espero y si no, yo debo hacer algo.
- El fracaso no debería de sucedernos, las cosas deben ser como nosotros queremos.
- No soy lo suficientemente buena como para salir adelante.
- Una persona vale por lo que hace o tiene.

Esquemas: indefensión, abandono.

Filosofía:

Confusión entre ser, hacer, valer y tener.

Falso concepto de responsabilidad.

Actitudes:

Baja tolerancia a la frustración.

Inseguridad.

Enojo.

Conductas y emociones: descritas anteriormente.

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL.

Eje I. Episodio depresivo mayor.

Eje II.

Eje III. Ca papilar de tiroides con metástasis pulmonares.

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Eje V. 50. Síntomas graves: ideación suicida (20 días antes de la entrevista inicial).

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA.

Objetivo general: la paciente reducirá la sintomatología depresiva que presenta por medio de estrategias cognitivo-conductuales que modifiquen las actitudes de baja tolerancia a la frustración, inseguridad y enojo con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, su calidad de vida pero sobre todo asegurar que la paciente no corra riesgos (intento de suicidio).

Técnicas cognitivo-conductuales empleadas:

1. Contención emocional: manejo de los sentimientos de tristeza, desesperación y depresión.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Solución de problemas.
4. Entrenamiento en relajación (respiración diafragmática y frases autógenas).

TRABAJO POR SESIONES.

Sesión 1.

Objetivo específico: la paciente definirá la demanda, obteniendo información sobre su problema principal y aplicará la contención emocional para disminuir los niveles emocionales y fortalecer la alianza terapéutica estableciendo un “contrato de vida”.

Actividades del terapeuta:

- Enfatizó los componentes de relación por medio de la empatía y la escucha reflexiva.
- Entrevista cognitivo-conductual sobre el problema que refiere la paciente.
- Establecimiento de un “contrato de vida” de forma verbal con la paciente.
- Brindó esperanza de cambio a la paciente.
- Explicación del tratamiento que se llevará a cabo y programación de la próxima cita.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre su problema
- Definió su problemática y objetivo a alcanzar
- Estableció un “contrato de vida” con el terapeuta.

Tareas:

- Detectar los pensamientos en los momentos de enojo y desesperación.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, llanto, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- Yo no tengo remedio.
- No acepto lo de mi hija.
- Basta de tantos problemas.
- Ya no quiero más problemas.
- Se que me voy a morir y entre más rápido mejor.
- Yo quiero terminar con mi vida.

Sesión 2.

Objetivo específico: se identificará el grado de riesgo suicida que tiene la paciente además de su nivel de depresión.

Actividades del terapeuta:

- Determinó si hubo otro intento de suicidio o si existía ideación suicida.
- Evaluó la sintomatología depresiva de la paciente durante la semana así como la frecuencia de pensamientos automáticos.
- Determinó el grado de riesgo utilizando la Lista de Factores de Riesgo Suicida de Tuckman y Youngman (1968) (Anexo 5).
- Determinó el nivel de depresión utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre el intento de suicidio así como de la sintomatología depresiva presentada durante la semana.

- Proporcionó información sobre los pensamientos automáticos presentes en momentos de enojo y desesperación.

Tareas:

- Continuar detectando los pensamientos automáticos en los momentos de enojo y desesperación.

Evaluación:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI): 38.
- Lista de Factores de Riesgo Suicida de Tuckman y Youngman: 8 (riesgo moderado).
- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, llanto, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- No acepto lo de mi hija.
- Basta de tantos problemas.
- Ya no quiero más problemas.

Sesión 3.

Objetivo específico: la paciente identificará la información necesaria para elaborar su historia de vida.

Actividades del terapeuta:

- Evaluó la sintomatología depresiva de la paciente así como la frecuencia de pensamientos automáticos.
- Entrevista cognitivo-conductual sobre historia de vida para identificar fuentes de aprendizaje.
- Conceptualización cognitivo-conductual posterior a la sesión con la información recabada en la misma.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre la sintomatología depresiva, frecuencia de pensamientos automáticos e historia de vida.

Tareas:

- Continuar detectando los pensamientos automáticos en los momentos de enojo y desesperación.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- Ha sido una cosa horrible mi vida.
- No acepto lo de mi hija.
- Basta de tantos problemas.
- Ya no quiero más problemas.

Sesión 4.

Objetivo específico: la paciente reducirá sus niveles de depresión a través de debate empírico y funcional.

Actividades del terapeuta:

- Evaluó la sintomatología depresiva así como la frecuencia de pensamientos automáticos.
- Explicación del ABC al paciente.
- Debate empírico y funcional sobre pensamientos automáticos.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre la sintomatología depresiva y frecuencia de pensamientos automáticos.
- Participó en el debate empírico y funcional.

Tareas:

- Continuar detectando los pensamientos automáticos en los momentos de enojo y desesperación.
- Detención del pensamiento por medio de distracción cognitiva y buscando prueba empírica.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- No acepto lo de mi hija.
- Basta de tantos problemas.
- Ya no quiero más problemas.

Sesión 5.

Objetivo específico: la paciente reducirá la sintomatología depresiva por medio de reestructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración.

Actividades del terapeuta:

- Evaluó la sintomatología depresiva.
- Analizó junto con la paciente la relación que las cogniciones tienen en el estado de ánimo y la forma en la que pueden disminuir ejercitando un cambio conductual (fomentar conciencia cognitiva).
- Debatió de manera filosófica la intolerancia a la frustración.
- Hizo una propuesta de técnica de relajación para los momentos en los que el dolor en el pulmón izquierdo es intenso.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre el ejercicio de detención del pensamiento así como de la sintomatología depresiva que haya presentado durante la semana.
- Construcción de conciencia cognitiva al analizar los resultados del ejercicio de detención del pensamiento.
- Participó en el debate filosófico que le produce la enfermedad y el embarazo de su hija menor.
- Definió junto con el terapeuta la técnica de relajación a utilizar en los momentos en los que el dolor en el pulmón izquierdo es intenso.

Tareas:

- Detención de pensamientos automáticos de intolerancia a la frustración y análisis de la situación (enfermedad y embarazo de su hija menor) que es preferible aceptar.
- Hacer una actividad incompatible con la frustración al momento de percibir los pensamientos automáticos: ayudar en la preparación de la comida o hacerse cargo de las plantas del patio.

- Practicar la técnica de relajación en los momentos en los que el dolor en el pulmón izquierdo es intenso.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, tristeza, falta de apetito, insomnio y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- Ya no tengo remedio.
- No acepto lo de mi hija.
- Basta de tantos problemas.
- Yo no quiero más problemas.

Sesión 6.

Objetivo específico: la paciente reducirá la sintomatología depresiva por medio de reestructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración y aumentará su seguridad con respecto a su valor como persona.

Actividades del terapeuta:

- Exploró la sintomatología depresiva.
- Llevó a cabo debate filosófico sobre la enfermedad, reforzando la aceptación que refiere al disminuir su preocupación hacia la misma.

- Llevó a cabo debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Llevó a cabo un ejercicio para fortalecer el autoconcepto de la paciente reconociendo cualidades y analizando defectos.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre la sintomatología presentada durante la semana.
- Participó en el debate filosófico sobre la enfermedad.
- Proporcionó información sobre los problemas con su hija menor a partir de su embarazo.
- Llevó a cabo junto con el terapeuta un ejercicio para fortalecer el autoconcepto analizando cualidades y defectos.

Tareas:

- Detención del pensamiento y análisis empírico y funcional sobre el embarazo de su hija menor.
- Continuar con el ejercicio de autoconcepto aumentando la lista de cualidades diario al finalizar el día y hacer un recuento de las cosas que hizo.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, tristeza y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- Ya no tengo remedio.
- No acepto lo de mi hija.

Sesión 7.

Objetivo específico: la paciente reducirá el grado de dolor en el pulmón izquierdo por medio de una técnica de relajación.

Actividades del terapeuta:

- Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas.
- Debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Revisión del ejercicio de autoconcepto reforzando las cualidades encontradas.

Actividades del paciente:

- Ejecución de las técnicas de relajación.
- Debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Reconocimiento de las cualidades encontradas.

Tareas:

- Practicar diariamente los ejercicios de relajación que se ejecutaron en la sesión.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad y por la situación de su hija menor, tristeza y dolor en el pulmón izquierdo.

Pensamientos automáticos:

- Ya no tengo remedio.
- No acepto lo de mi hija.

Sesión 8.

Objetivo específico: la paciente reducirá el nivel de preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad por medio de la psicoeducación.

Actividades del terapeuta:

- Exploró ideas irracionales con respecto a la enfermedad y el tratamiento y llevó a cabo debate empírico y funcional.
- Proporcionó psicoeducación utilizando los manuales para conocer el cáncer y los diferentes tratamientos elaborados por Reynoso y Seligson (2001).
- Fomentó hedonismo a largo plazo visualizando las ganancias que tendrá después del tratamiento.

Actividades del paciente:

- Preguntó dudas sobre la enfermedad y los diferentes tratamientos.
- Analizó las ganancias que tendrá después del tratamiento.

Tareas:

- Detención del pensamiento al identificar ideas irracionales con respecto a la enfermedad y el tratamiento.

Evaluación:

- Sintomatología referida: preocupación por todo lo relacionado con su enfermedad, tristeza e insomnio.

Pensamientos automáticos:

- Ya no tengo remedio.

Sesión 9.

Objetivo específico: la paciente evaluará y manejará la sintomatología depresiva que le produce el proceso de enfermedad y tratamiento.

Actividades del terapeuta:

- Exploró la sintomatología depresiva.
- Trabajó la técnica de solución de problemas al suponer el inicio de tratamiento.

Actividades del paciente:

- Refirió la sintomatología depresiva.
- Generó alternativas para poder solucionar los problemas que implican el inicio de tratamiento (el no encontrarse asegurada) y elegir la que tenga mejores consecuencias para ella y su familia.

Tareas:

- Llevar a cabo la alternativa elegida para solucionar los problemas que trae consigo el inicio de tratamiento.
- Detención y cambio de pensamiento en caso de presentarse pensamientos automáticos.

Evaluación:

- Disminuyó la preocupación con respecto a la enfermedad y el tratamiento y ya no se presentó el insomnio.

Pensamientos automáticos:

- Quiero que ya se arregle lo del seguro.

- Seguramente me va a salir muy caro el tratamiento.

Sesión 10.

Objetivo específico: la paciente debatirá ideas irracionales con respecto al embarazo de su hija menor.

Actividades del terapeuta:

- Exploración de sintomatología depresiva.
- Debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Debate filosófico para trabajar tolerancia a la frustración respecto a las decisiones tomadas por su hija menor.

Actividades del paciente:

- Refirió sintomatología depresiva.
- Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos respecto al embarazo de su hija menor.

Tareas:

- Detención y cambio de pensamiento con respecto al embarazo de su hija menor.

Evaluación:

- Sintomatología referida: tristeza.

Pensamientos automáticos:

- No acepto lo de mi hija.

Sesión 11.

Objetivo específico: la paciente continuará debatiendo ideas irracionales con respecto al embarazo de su hija menor.

Actividades del terapeuta:

- Exploró sintomatología depresiva.
- Debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Debate filosófico de su valor como ser humano.
- Reforzó el cambio cognitivo y conductual que ha tenido la paciente.

Actividades del paciente:

- Reportó la sintomatología depresiva presentada durante la semana.
- Debate empírico y funcional con respecto al embarazo de su hija menor.
- Analizó junto con el terapeuta las consecuencias positivas de los cambios cognitivo-conductuales que ha tenido.

Tareas:

- Tratar de mantener el cambio cognitivo-conductual al recordar las ganancias obtenidas con dichos ajustes.

Evaluación global:

- No ha vuelto a presentar ideación suicida.
- Presenta un manejo más adecuado del enojo y la desesperación.
- Disminución del dolor presentado en el pulmón izquierdo.
- Presenta una mejor adaptación a la enfermedad y tratamiento.
- Ha continuado realizando labores dentro del hogar.
- No ha discutido con su hija menor.

Pensamientos automáticos:

- No reporta pensamientos irracionales con respecto a la situación de su hija menor.

Sesión 12.

Objetivo específico: determinar si los cambios cognitivo- conductuales se han mantenido.

Actividades del terapeuta:

- Exploró sintomatología depresiva.
- Reforzó el cambio cognitivo-conductual.
- Trabajó la técnica de solución de problemas con respecto a algunas situaciones.

Actividades del paciente:

- Reportó la sintomatología depresiva presentada.

- Generó alternativas y analizó consecuencias con respecto a algunas situaciones.

Tareas:

- Llevar a cabo los pasos de la técnica de solución de problemas ante cada situación que le cause preocupación.

Evaluación:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI): 9.

Resultados:

- Para evaluar la efectividad del tratamiento se utilizó una prueba de signos empleando los puntajes obtenidos en los Inventarios de Depresión de Beck (BDI). En el BDI INICIAL se obtuvo una puntuación de 38 (pre-test) y en el BDI FINAL se obtuvo una puntuación de 9 (pos-test). Se observa una disminución en el nivel de depresión, la cual según la prueba de signos es significativa con una $p=.000$. La Figura 24 muestra la comparación de las puntuaciones obtenidas por reactivo antes y después del tratamiento de acuerdo al BDI. La Tabla 8 muestra la comparación de las respuestas por reactivo antes y después del tratamiento de acuerdo al BDI.
- Finalmente, es importante mencionar que los hijos de la paciente pudieron afiliarla al IMSS, inició tratamiento y lo continuará en el Hospital de “La Raza”. Al momento de despedirse la paciente refiere sentirse más tranquila, no ha vuelto a presentar ideación suicida y presenta una mejor adaptación tanto a la enfermedad como a la situación de su hija menor.

Figura 24. Comparación de las puntuaciones obtenidas por reactivo antes y después del tratamiento de acuerdo al BDI.

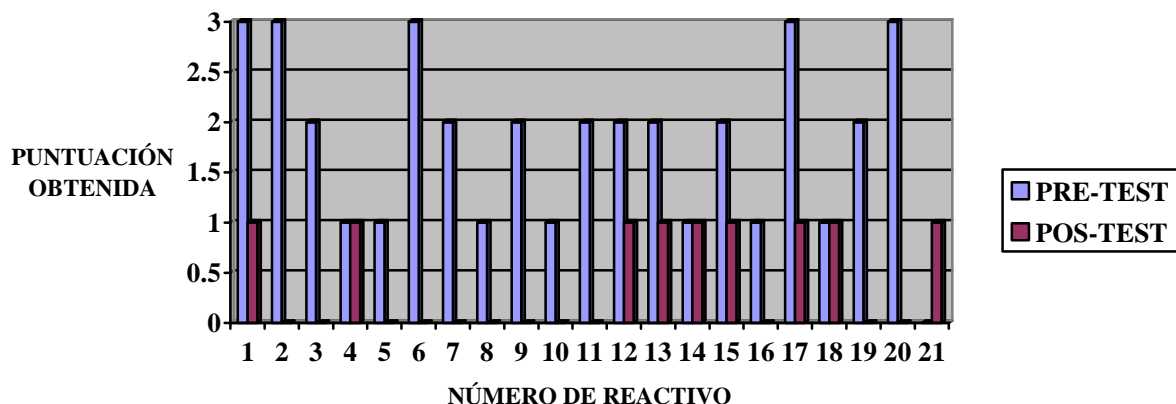


Tabla 8. Comparación de las respuestas por reactivo antes y después del tratamiento de acuerdo al BDI.

| REACTIVO | PUNTUACIÓN OBTENIDA PRE-TEST | RESPUESTA PRE-TEST | PUNTUACIÓN OBTENIDA POS-TEST | RESPUESTA POS-TEST |
|----------|------------------------------|--|------------------------------|--|
| 1 | 3 | Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo. | 1 | Me siento triste. |
| 2 | 3 | Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar. | 0 | En general no me siento descorazonado por el futuro. |
| 3 | 2 | Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos. | 0 | Yo no me siento como un fracasado. |
| 4 | 1 | Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. | 1 | Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. |
| 5 | 1 | Me siento culpable una gran parte del tiempo. | 0 | En realidad yo no me siento culpable. |
| 6 | 3 | Siento que he sido castigado. | 0 | Yo no me siento que esté siendo castigado |

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| 7 | 2 | Estoy disgustado conmigo mismo. | 0 | Yo no me siento desilusionado de mi mismo. |
| 8 | 1 | Me critico a mi mismo por mis debilidades o errores. | 0 | Yo no me siento que sea peor que otras personas. |
| 9 | 2 | Me gustaría suicidarme. | 0 | Yo no tengo pensamientos suicidas. |
| 10 | 1 | Lloro más de lo que solía hacerlo. | 0 | Yo no lloro más de lo usual. |
| 11 | 2 | Me siento irritado todo el tiempo. | 0 | Yo no estoy más irritable de lo que solía estar. |
| 12 | 2 | He perdido en gran medida el interés en la gente. | 1 | Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar. |
| 13 | 2 | Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes. | 1 | Pospongo tomar decisiones más que antes. |
| 14 | 1 | Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a). | 1 | Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a). |
| 15 | 2 | Tengo que obligarme para hacer algo. | 1 | Requiero de más esfuerzo para iniciar algo. |
| 16 | 1 | Ya no duermo tan bien como solía hacerlo. | 0 | Puedo dormir tan bien como antes. |
| 17 | 3 | Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa. | 1 | Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo. |
| 18 | 1 | Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo. | 1 | Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo. |
| 19 | 2 | He perdido más de cinco kilogramos. | 0 | Yo no he perdido mucho peso últimamente. |
| 20 | 3 | Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa. | 0 | Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes. |
| 21 | 0 | Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | 1 | Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba. |

Actividades desarrolladas en hospitalización.

Durante el pase de visita diario se detectaban o eran referidos por el personal médico aquellos pacientes y/o familiares que requirieran apoyo psicológico.

Al terminar el horario de consulta externa, o a primera hora si era necesario, se atendían a los pacientes hospitalizados o a sus familiares brindando intervención en crisis o terapia de apoyo.

La intervención concluía cuando se observaba una disminución en los síntomas de ansiedad o depresión que le permitieran al paciente concluir su estancia hospitalaria de forma adaptativa.

Si se observaba que el paciente requería continuar con el apoyo psicológico, y era dado de alta, se le proporcionaba una cita para continuar su tratamiento por la consulta externa.

Cabe mencionar que además, tanto en la consulta externa como en hospitalización, contábamos con la posibilidad de pedir una interconsulta al servicio de psiquiatría para los pacientes que así lo requirieran.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DURANTE LA ROTACIÓN.

El programa de residencia además de comprender actividades relativas a la práctica clínica atendiendo pacientes, también comprende actividades académicas tanto en el servicio de psicología como en el servicio médico en el que se lleve a cabo la rotación. Estas actividades son sesiones de supervisión, discusión de casos y temas relativos al servicio. A continuación se describen las del primer año.

Diariamente asistí a clases con los residentes del servicio de oncología de 7:00 a 8:00 de la mañana, en las cuales se exponían temas sobre los diferentes padecimientos oncológicos y su tratamiento.

Los martes de 10:00 a 11:00 asistía a supervisión junto con los residentes de Medicina Conductual, esta sesión era coordinada por la supervisora in situ y el jefe del servicio de Psicología y Psiquiatría. Durante esta sesión se trabajaron técnicas de entrevista y se exponían algunos casos en los cuales se revisaba la obtención de información a partir de los pacientes, el diagnóstico y la estrategia terapéutica.

Los miércoles de 10:00 a 11:00 se tenía sesión clínica con todo el servicio de psicología, en esta sesión se exponían casos clínicos y se discutía si el diagnóstico y estrategia terapéutica eran adecuados. En esa sesión tuve la oportunidad de exponer dos casos.

Finalmente, los viernes de 12:00 a 14:00 se tenía una clase teórica con la supervisora in situ, en la cual se revisaba la fundamentación teórica y estrategias terapéuticas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS.

En cuanto a la atención de pacientes, al final del año se tuvo la oportunidad de llevar a cabo una intervención con una paciente pediátrica, debido a la integración de un oncólogo pediatra al equipo médico del servicio. La paciente tenía 8 años de edad y se encontraba hospitalizada en el servicio de pediatría con el diagnóstico de meduloblastoma.

Durante la rotación se llevaron a cabo dos actividades distintas a la atención de pacientes. La primera fue llevar a cabo una investigación utilizando la técnica de redes semánticas (la cual es descrita en su totalidad en un apartado anterior) y la otra fue la participación como evaluadores en el proceso de selección de residentes médicos de nuevo ingreso. Dicha actividad se realizó bajo la coordinación de la supervisora in situ.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN.

Durante mi primera rotación, que fue en el servicio de cabeza y cuello el primer trimestre del año, atendí a 42 pacientes con una edad de 17 a 83 años, siendo la media de edad 52 años. Se brindaron en total 88 sesiones de intervención, de las cuales 33 fueron sesiones de intervención en crisis, 14 fueron entrevistas de primera vez y 41 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 9. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el servicio de cabeza y cuello.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 42 | 17 | 19 | 25 | 27 | 33 | 14 | 41 |

TOTAL DE SESIONES: 88

En la segunda rotación que llevé a cabo en el servicio de mama durante el segundo trimestre del año, atendí a 41 pacientes con una edad de 21 a 77 años, siendo la media de edad 50 años. Se brindaron en total 71 sesiones de intervención, de las cuales 30 fueron sesiones de intervención en crisis, 16 fueron entrevistas de primera vez y 25 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 10. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el servicio de mama.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 41 | 25 | 11 | 16 | 19 | 30 | 16 | 25 |

TOTAL DE SESIONES: 71

En la tercera rotación que llevé a cabo en el servicio de gineco-onco durante el tercer trimestre del año, atendí a 42 pacientes con una edad de 18 a 82 años, siendo la media de edad 47 años. Se brindaron en total 87 sesiones de intervención, de las cuales 20 fueron sesiones de intervención en crisis, 22 fueron entrevistas de primera vez y 45 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 11. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el servicio de gineco-onco.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 42 | 23 | 14 | 19 | 31 | 20 | 22 | 45 |

TOTAL DE SESIONES: 87

En la última rotación que llevé a cabo en el servicio de tumores mixtos durante el cuarto trimestre del año, atendí a 31 pacientes con una edad de 8 a 78 años, siendo la media de edad 44 años. Se brindaron en total 67 sesiones de intervención, de las cuales 14 fueron sesiones de intervención en crisis, 19 fueron entrevistas de primera vez y 34 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 12. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el servicio de tumores mixtos.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 31 | 19 | 14 | 12 | 22 | 14 | 19 | 34 |

TOTAL DE SESIONES: 67

Finalmente, las siguientes figuras muestran la distribución de los pacientes atendidos por género, padecimiento médico, padecimiento psicológico y el porcentaje de pacientes atendidos por servicio.

Figura 25. Distribución de pacientes atendidos por género.



Figura 26. Distribución de pacientes atendidos por padecimiento médico.

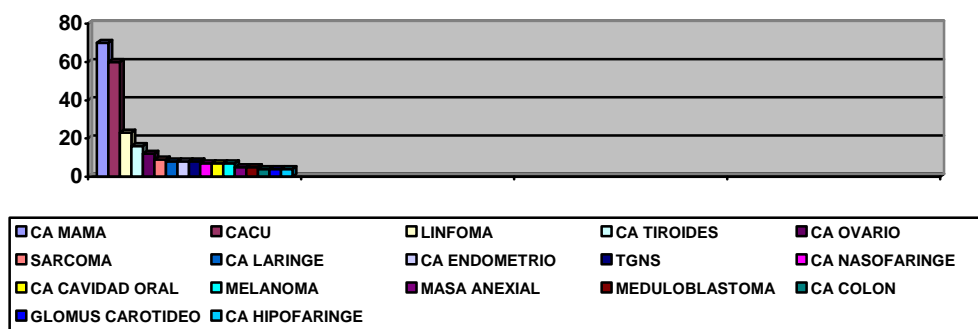


Figura 27. Distribución de pacientes atendidos por padecimiento psicológico.

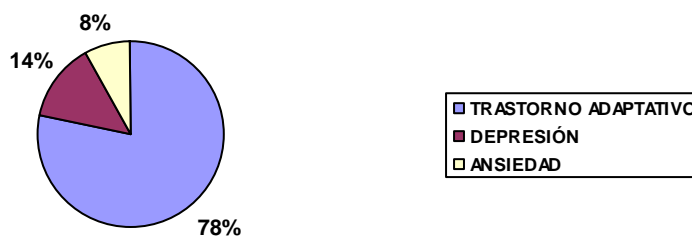
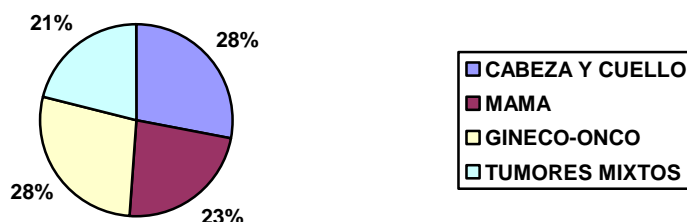


Figura 28. Distribución de pacientes atendidos por servicio.



ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.

La psicóloga Paula Leticia Bárcenas Vázquez autora de este reporte participó como asistente y ponente en los siguientes eventos:

Asistencia al Primer Simposio de Psicooncología del Hospital Juárez de México, Junio 2004, México D.F.

“Aspectos psicológicos del paciente ostomizado”.

Ponencia presentada para el Programa de Educación para la Salud del Servicio de “Ostomías y Heridas” del Hospital Juárez de México, Julio 2004, México, D.F.

“Mitos conceptuales del cáncer. Factores relacionados con la adherencia terapéutica”.

Ponencia presentada en el Cuarto Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, Diciembre 2004, Tlalnepantla, Edo. de México.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN.

En el “Plan de Estudios de maestría en Psicología Profesional: Programa de Residencia en Medicina Conductual” (Reynoso y Seligson, 2001), que se nos fue entregado en Agosto del 2003, están detalladas las características de la supervisión. Este documento señala: “*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 la Mtra. En Psic. Bertha Molina Zepeda, psicóloga adscrita al servicio de psicología del Hospital Juárez de México. Considero que la supervisión y el apoyo prestado por la Mtra. Molina fue excelente ya que es una profesional sumamente organizada, con muchísima experiencia y con una formación cognitiva-conductual muy sólida. Incondicional con sus residentes, respetuosa y siempre dispuesta a discutir aspectos teóricos y prácticos pero sobre todo a favorecer el crecimiento personal y profesional de todo su equipo.

Supervisión académica.

El supervisor académico fue el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo quien acudía al Hospital Juárez de México para la discusión de casos clínicos específicos, resolución de dudas bibliográficas, revisión de presentaciones o materiales y brindando retroalimentación permanente. En este sentido califico la supervisión académica de forma excelente.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS.

Según lo estipulado en el perfil de egreso de la residencia en Medicina Conductual, el cual se nos proporcionó al inicio de la misma, considero haber desarrollado las siguientes competencias al final de mi primer año de residencia:

- Apego a las normas institucionales y del servicio de oncología.
- Trabajo en coordinación con el equipo multidisciplinario (médicos adscritos, residentes, enfermeras y trabajadoras sociales).
- 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 oncología.
- Presentación de respeto y compromiso con la satisfacción de las peticiones, necesidades y demandas de los pacientes.
- Actualización permanente en tópicos relacionados con el cáncer y los problemas psicológicos.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Capacidad de adaptación al ambiente médico y al espacio de trabajo.
- Reconocimiento de limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante limitantes reconocidas.
- Elaboración y actualización de expedientes de pacientes.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En términos generales, considero que mi participación fue positiva dentro del servicio de oncología ya que tuve la oportunidad de ser enlace entre los pacientes y el personal médico. Además, el trabajar con iniciativa y de forma responsable permite que el psicólogo asuma un papel importante dentro del equipo de trabajo multidisciplinario. El formar parte de las sesiones del servicio y emitir opiniones y comentarios con respecto al estado psicológico de los pacientes me dio la oportunidad de demostrar que lo que hago vale tanto como lo que los demás miembros del equipo llevan a cabo.

A nivel profesional tuve la oportunidad de apoyar a muchos pacientes, los cuales externaron su agradecimiento y reconocen la labor realizada, y que a nivel personal me permiten disfrutar de lo que hago.

Para finalizar, mis propuestas están encaminadas a que el trabajar en un espacio propio y no dentro del consultorio médico, se mantenga. Es importante que los residentes formen parte del pase de visita diario para captar a los pacientes que requieran apoyo psicológico. Creo que resultaría muy conveniente continuar con las propuestas de trabajo de generaciones anteriores y sobre todo difundir el trabajo realizado en el servicio de oncología.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN-DAIMLER CHRYSLER”.

Durante el segundo año tuve la oportunidad de realizar mi rotación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, específicamente trabajando en el Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual. A continuación se describe la sede de manera general y de manera particular el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.

EL Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” fue inaugurado el 27 de abril de 1987 y pertenece al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Ubicación de la sede.

El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” se ubica en Blvd. Adolfo López Mateos esq. Montesol s/n Col. El Potrero, CP 54500, Atizapán de Zaragoza, Edo. de México.

Nivel de atención.

El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” pertenece al segundo nivel de atención

Servicios de la sede.

El Hospital cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 13 especialidades y subespecialidades.

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.

En el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, el residente en Medicina Conductual forma parte de algún servicio médico, en el cual se encarga de atender pacientes que requieren de apoyo psicológico durante su proceso de enfermedad. A continuación describo la ubicación que tuve durante mi segundo año de residencia.

Servicio médico de adscripción del segundo año de residencia.

Durante el segundo año de residencia me encontré adscrita al Servicio de Ginecología y Obstetricia. Dicho servicio a su vez brinda atención en la clínica de displasias, control de embarazo y patología ginecológica, planificación familiar, clínica del adolescente, embarazo de alto riesgo y proporciona atención a víctimas de violencia intrafamiliar y sexual.

El área de consulta externa cuenta con cuatro consultorios y una sala de espera. Aproximadamente se atienden a 300 pacientes a la semana.

En el área de hospitalización se tienen diez salas asignadas al servicio con tres camas cada una. Generalmente las pacientes son hospitalizadas por tres razones: embarazo de alto riesgo, cirugía ginecológica y puerperio. El promedio semanal de pacientes hospitalizadas es de 75.

En el área de labor se cuenta con 6 camas, 2 salas de expulsión y 2 quirófanos asignados al Servicio de Ginecología y Obstetricia.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia cuenta con el siguiente personal:

- Un jefe de servicio.
- 13 médicos adscritos.

- 7 residentes médicos.
- 11 enfermeras por turno.
- 3 residentes en medicina conductual.
- 2 trabajadoras sociales.
- 3 miembros del personal administrativo.

Líneas de autoridad.

El residente en Medicina Conductual, como se mencionó anteriormente, sigue dos líneas de autoridad, la primera es la de la sede hospitalaria y la segunda es la de la UNAM.

En la sede hospitalaria la autoridad está representada en primer lugar por la Jefa de Enseñanza e Investigación. El residente a su vez es supervisado por un supervisor in situ y por un supervisor académico. En el servicio médico de adscripción, el jefe de servicio era la figura de autoridad directa. En mi caso, mi jefe directo fue el Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio.

En la UNAM, el coordinador de la residencia en Medicina Conductual, el tutor académico y el supervisor académico representan las figuras de autoridad que apoyan y supervisan el trabajo del residente.

La supervisora in situ fue la Lic. Areli Fernández Uribe, psicóloga adscrita al Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”.

El supervisor académico fue la Mtra. Bertha Molina Zepeda y mi tutora académica la Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA ROTACIÓN.

Al llegar al Servicio de Ginecología y Obstetricia me integré inmediatamente al trabajo con las pacientes y el jefe de servicio tuvo una reunión con las residentes para explicarnos la forma en la que funcionaba el Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

Posteriormente, hicimos una distribución equitativa de camas para repartir el trabajo. Durante todo el año estuvimos rotando por embarazo de alto riesgo, cirugía ginecológica y puerperio.

Se pasaba visita los días lunes y viernes con el personal médico y de enfermería. En ese momento, cada una de las residentes detectaba las necesidades de atención psicológica de las pacientes en cada una de las salas. Cabe mencionar que diariamente se les entregaba a todas las pacientes del piso un instrumento para detectar violencia física, psicológica y sexual. Las pacientes que resultaban positivas en el instrumento eran entrevistadas por las residentes en un segundo momento.

Además se nos asignó un día para cubrir la consulta externa (en mi caso era el jueves) y en el momento en que se solicitara el apoyo en la consulta o en la labor acudía la residente que se encontrara desocupada en ese momento. De manera paralela, una vez a la semana nos encargábamos de impartir la plática de métodos de planificación familiar a las pacientes de puerperio.

Diariamente elaboraba notas clínicas en las que se reflejaba la problemática del paciente y el plan de tratamiento, así como la evolución que iban teniendo durante la terapia. Estas notas se anexaban al expediente médico.

En el caso de las pacientes que fueran detectadas con violencia, además de la nota clínica se elaboraba un formato que contenía datos sobre el evento de violencia.

Evaluación y tratamiento psicológico de las pacientes víctimas de violencia.

La violencia familiar es definida como el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono (SSA, 2003).

La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud capacitado para su detección y de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar y sexual para generar alternativas de solución al problema.

Si bien cualquier miembro de la familia –mujer u hombre- puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro –también de cualquier sexo- hay suficientes evidencias que muestran que son las niñas, los niños y las mujeres quienes mayoritariamente viven situaciones de violencia. Es por ello que la atención de este fenómeno ha sido reconocida como un problema de salud pública tanto en México como a nivel internacional.

Las causas de la violencia contra las mujeres provienen de un orden social basado en las diferencias de poder y la jerarquía, existentes entre hombres y mujeres, y que es un problema relacionado con la justicia y la equidad social.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 estipula que la violencia familiar comprende (SSA, 2003):

Maltrato físico. Acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato psicológico. Acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual. Acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Abandono. Acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

La siguiente tabla muestra los principales indicadores de violencia documentados en la literatura, sin embargo es posible que en la práctica cotidiana el personal de salud se encuentre con muchos más o bien estos mismos pero con características especiales de acuerdo a la población que se atiende.

Tabla 13. Indicadores de violencia.

Fuente: Manual Operativo para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, SSA. México, 2005.

SIGNOS DE ALARMA

Signos de alarma que pueden estar presentes en los tres tipos de violencia

Trastornos crónicos sin causa física obvia. Presencia de un compañero demasiado atento, dominador o reacio a separarse de la mujer. Desórdenes de alimentación. Trastornos somáticos asociados al estrés. Depresión. Ideación suicida. Problemas con alcohol y drogas. Comienzo tardío de atención prenatal.

| <i>VIOLENCIA FÍSICA</i> | <i>VIOLENCIA SEXUAL</i> | <i>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</i> |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Lesiones diversas que no concuerdan con la explicación de cómo ocurrieron. - Lesión física durante el embarazo. - Aborto. - Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas. - Síndrome crónico de intestino irritable. - Traumas craneales y daño neurológico. | <ul style="list-style-type: none"> - El embarazo de niñas o adolescentes muy jóvenes. - Infecciones de transmisión sexual. - Prurito o pérdida de sangre vaginal. - Defecación o micción dolorosa. - Dolor abdominal o pélvico crónicos. - Problemas sexuales y ausencia de placer. - Vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vagina) o traumas en la región vaginal. - Infecciones recurrentes en las vías urinarias. - Embarazo no deseado que puede ser indicativo de embarazo forzado debido a violación. - Aborto. | <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima. - Cansancio y fatiga crónica. - Problemas de memoria, concentración y distorsiones del pensamiento. - Cefaleas crónicas. - Marcada disminución en el interés o la participación en actividades significativas. - Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror. - Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos. - Ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks. - Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones. - Depresión severa, trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a y pesadillas) |

Es preciso destacar que frecuentemente las diferentes expresiones de la violencia se presentan de manera combinada, sobre todo con la psicológica que acompaña al resto de las formas de agresión.

Aunque la violencia psicológica es la que se da en mayor medida, está presente en todas las demás formas de violencia y es necesario identificarla cuando se presenta de manera única, puesto que es a la que se le pone menos atención y requiere un tratamiento específico.

La Secretaría de Salud cuenta con un Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres que tiene como propósito fundamental proporcionar una atención de calidad a las mujeres que viven en situación de violencia con el fin de prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no-violencia (SSA, 2005).

El modelo integrado contempla cuatro áreas de intervención fundamentales: ***prevención, detección, atención médica o servicios médicos y rehabilitación***, aunque el sector salud participa en las cuatro áreas con distintos niveles de profundidad, es el área de ***atención*** su ámbito estratégico.

Prevención. Incluye las políticas y acciones encaminadas a evitar los actos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. En el sector salud, las acciones de prevención se operacionalizan a través de la inclusión del tema en las acciones de promoción de la salud y la coordinación intersectorial que debe darse desde el nivel local hasta el nacional.

Detección. Incluye las políticas y procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido violencia con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. En el sector salud, las acciones de detección se realizan tanto en la comunidad como en el consultorio y están articuladas al proceso de atención médica.

Atención médica o servicios médicos. Este proceso es responsabilidad del sector salud y la constituyen las acciones que brindan el tratamiento y asesoría necesarios a las

mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Los componentes del proceso de atención en el sector salud son:

- Identificación de la situación de violencia.
- Consejería especializada: evaluación del riesgo, plan de seguridad e información legal.
- Atención médica esencial y especializada.
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento.

La consejería especializada es un espacio para construir alternativas de seguridad para las mujeres en situación de violencia. Esto es posible por el intercambio de información entre la usuaria y el prestador de servicios de salud. Al exponer su experiencia, las usuarias posibilitan que el prestador de servicios ofrezca información específica en violencia y elementos de análisis de su situación individual, lo que constituye la evaluación del riesgo, y a partir de ello, la configuración conjunta de alternativas de salud y seguridad, denominada plan de seguridad. La información legal para las usuarias es parte de esta construcción de expectativas, en la que el prestador de servicios de salud proporciona información relativa a los derechos que asisten a la usuaria y sus posibilidades de acceso a la justicia.

Rehabilitación. Se refiere al conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios y apoyos para que las mujeres en situación de violencia cuenten con los elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida (incluyendo medidas de protección y apoyo económico). Para el sector salud la rehabilitación se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, así como al seguimiento.

Existen diversas manifestaciones de daño y síndromes estudiados con relación al impacto de la violencia en las mujeres. Una respuesta común de las mujeres que viven violencia es el retraimiento y el silencio ante experiencias de violencia, sin embargo, las

respuestas dependen de las circunstancias y de la historia personal de cada mujer, así como de sus fortalezas personales y sociales.

Reconocer las respuestas más frecuentes ante la violencia es un elemento básico para la consejería y atención. Entre las manifestaciones del daño al bienestar emocional de las mujeres podemos encontrar: *la indefensión aprendida, el síndrome de Estocolmo, el síndrome de maltrato y el trastorno por estrés postraumático*. En todos ellos se identifican conductas, pensamientos y emociones que convierten el proceso de toma de decisiones en un desafío para quienes viven en contextos de violencia.

A nivel psicológico, la atención a pacientes víctimas de violencia contempla en primer lugar la *Intervención en Crisis*, que a su vez puede ser dividida en *Primeros Auxilios Psicológicos* y en un segundo momento el *Entrenamiento en Terapia en Crisis*.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 2000).

Una situación de crisis puede presentarse en diversos momentos del proceso de atención a mujeres en situación de violencia, por ejemplo, durante la entrevista de detección, durante la entrevista a profundidad para la evaluación del riesgo y elaboración del plan de seguridad, durante la atención médica o puede ser que eventualmente una mujer llegue al servicio de salud en estado de crisis. En estos casos, el objetivo de una intervención de primera mano en los servicios de salud es apoyar a la mujer para recuperar el control de sus emociones y eliminar el estado de angustia.

Los primeros auxilios psicológicos son el apoyo de primera mano a una mujer en situación de crisis. Se trata de un soporte elemental y suficiente para mitigar el estado de angustia y recuperar el control.

El entrenamiento en terapia en crisis planea una intervención especializada y supone un tratamiento específico para llevarla a cabo.

Entre los padecimientos asociados con la violencia familiar y en los que puede incidir el psicólogo encontramos el dolor crónico, el abuso de drogas y alcohol, la colitis o gastritis nerviosa, las alteraciones del sueño o en la alimentación, la depresión, la ansiedad o el trastorno por estrés postraumático, entre otros.

Como podemos observar la intervención psicológica de las pacientes víctimas de violencia es necesaria desde el momento en que se realiza la detección. En el trabajo con éste tipo de pacientes se emplean diferentes modalidades de intervención entre las que figuran: la intervención en crisis, la terapia de apoyo y la educación para la salud.

Por último debemos subrayar que la atención en un Programa de Atención a la Violencia requiere del trabajo multidisciplinario y que desde el punto de vista psicológico las técnicas a emplear en la intervención incluirán la psicoeducación, la contención emocional, el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales.

Actividades desarrolladas en la consulta externa.

Básicamente, el consultorio en el que se encuentra el cubículo de las residentes en Medicina Conductual (Consultorio 10. MUJER Y SALUD) es al que acuden referidas las pacientes víctimas de violencia. En la consulta externa se proporcionaba atención a las pacientes que eran captadas en la hospitalización y se les daba una cita para continuar con el tratamiento psicológico. Además, al Consultorio 10 acudían pacientes referidas de los Centros de Salud para recibir atención médica debido a agresiones sexuales o para recibir atención psicológica por situaciones de violencia familiar.

Cuando realicé mi rotación las tres residentes que nos encontrábamos rotando en ese momento acordamos designar un día para cada una con la finalidad de atender tanto la

consulta externa como el área de hospitalización. El día que me fue asignado fue el jueves y además de proporcionar atención a pacientes víctimas de violencia, participé con el personal médico en actividades relacionadas con planificación familiar o en la preparación de las pacientes que serían hospitalizadas o recibirían algún tipo de tratamiento.

Finalmente, en el área de labor apoyábamos al personal médico y de enfermería para realizar intervención en crisis o acompañamiento a las pacientes víctimas de agresión sexual o que iban a ser sometidas a una interrupción legal del embarazo (ILE). También acudíamos cuando, a juicio del médico, alguna paciente requería apoyo psicológico mientras se encontraba en el área de labor.

Actividades desarrolladas en hospitalización.

El pase de visita médico se realizaba los días lunes y miércoles de cada semana y representaba un momento de oportunidad para detectar a las pacientes que requerían de apoyo psicológico. En otras ocasiones, las pacientes eran detectadas y referidas por el personal médico y/o de enfermería.

Diariamente, en las camas asignadas, las residentes entregábamos una herramienta que buscaba detectar maltrato físico, psicológico o sexual. Si la herramienta resultaba positiva, en un segundo momento, acudíamos a realizar una entrevista más a fondo e intervenir en los casos en los que fuera necesario. Posteriormente, se elaboraba una nota clínica y se elaboraba un formato que incluía los datos más relevantes del evento de violencia (Anexo 6). En los casos en los que se ameritara, recibíamos el apoyo del área de trabajo social o de alguna otra instancia.

Además de realizar la detección, las residentes en Medicina Conductual nos encargábamos de hacer la evaluación del riesgo y el plan de seguridad que contempla el Modelo de Atención a la Violencia de la Secretaría de Salud.

Si se observaba que la paciente requería continuar con el apoyo psicológico, y era dada de alta, se le proporcionaba una cita para continuar su tratamiento por la consulta externa.

Las residentes no solo participábamos en el Programa de Atención a la Violencia, ya que en algunas ocasiones apoyábamos a las pacientes que requirieran atención psicológica por presentar embarazos de alto riesgo, ansiedad prequirúrgica o síntomas de ansiedad o depresión por abortos u óbitos. En términos generales, la intervención concluía cuando se observaba una disminución en los síntomas que le permitieran a las pacientes concluir su estancia hospitalaria de forma adaptativa.

Finalmente, cabe mencionar que las residentes se encontraron involucradas con la planificación familiar, ya que era actividad de todas ofertar los métodos de planificación y proporcionar información sobre los mismos.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DURANTE LA ROTACIÓN.

El programa de residencia además de comprender actividades relativas a la práctica clínica atendiendo pacientes, también comprende actividades académicas en el servicio médico en el que se llevó a cabo la rotación. Estas actividades son sesiones bibliográficas, discusión de casos clínicos y temas relativos al servicio. A continuación se describen las del segundo año.

Los días lunes de cada semana teníamos que entregar –como los residentes médicos- un resumen de un artículo de investigación referente a algún tópico de ginecología. Se entregaba una copia del artículo y un breve resumen del mismo. Posteriormente, el miércoles acudíamos a las 8:00 de la mañana con nuestro artículo y un acetato con las tablas y gráficas de éste. En 10 minutos teníamos que exponer el artículo de investigación y recibíamos retroalimentación del grupo.

Los días jueves eran destinados a presentar los avances de los trabajos de investigación de los residentes –incluidas las residentes en Medicina Conductual- o algún caso clínico. Estas sesiones eran también a las 8:00 de la mañana.

Por último, recibíamos nuestra supervisión académica cada quince días por parte de la Mtra. Bertha Molina Zepeda. En dicha supervisión revisábamos los casos clínicos que atendíamos y recibíamos sugerencias con respecto a la estrategia terapéutica y materiales bibliográficos.

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS.

En cuanto a la atención de pacientes, en algunas ocasiones, el servicio de pediatría solicitaba el apoyo para intervenir con algunos pacientes que presentaban estancias hospitalarias prolongadas o que eran captados por el Programa de Atención a la Violencia pero por su edad eran hospitalizados en el servicio de pediatría.

Además, como parte del Programa de Atención a la Violencia, participamos en la sensibilización y capacitación del personal hospitalario de la jurisdicción impartiendo cursos de inducción al Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Los cursos fueron impartidos al turno matutino, vespertino, nocturno y de jornada especial. Dichas actividades se realizaron bajo la coordinación del jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

POBLACIÓN ATENDIDA DURANTE LA ROTACIÓN.

Durante mi primera rotación, en el primer trimestre del año, atendí a 96 pacientes con una edad de 10 a 45 años, siendo la media de edad 24 años. Se brindaron en total 113 sesiones de intervención, de las cuales 14 fueron sesiones de intervención en crisis, 82 fueron entrevistas de primera vez y 17 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 14. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el primer trimestre.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 96 | 8 | 16 | 88 | 1 | 14 | 82 | 17 |

TOTAL DE SESIONES: 113

En la segunda rotación, el segundo trimestre del año, atendí a 79 pacientes con una edad de 7 a 47 años, siendo la media de edad 25 años. Se brindaron en total 117 sesiones de intervención, de las cuales 2 fueron sesiones de intervención en crisis, 77 fueron entrevistas de primera vez y 38 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 15. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el segundo trimestre.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 79 | 16 | 34 | 66 | 1 | 2 | 77 | 38 |

TOTAL DE SESIONES: 117

En la tercera rotación, durante el tercer trimestre del año, atendí a 45 pacientes con una edad de 15 a 45 años, siendo la media de edad 26 años. Se brindaron en total 68 sesiones de intervención, de las cuales 3 fueron sesiones de intervención en crisis, 37 fueron entrevistas de primera vez y 28 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 16. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el tercer trimestre.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 45 | 19 | 29 | 20 | 0 | 3 | 37 | 28 |

TOTAL DE SESIONES: 68

En la última rotación, que llevé a cabo durante el cuarto trimestre del año, atendí a 47 pacientes con una edad de 7 a 57 años, siendo la media de edad 26 años. Se brindaron en total 85 sesiones de intervención, de las cuales 5 fueron sesiones de intervención en crisis, 42 fueron entrevistas de primera vez y 38 fueron de terapia de apoyo. A continuación, en la siguiente tabla se resumen estos resultados.

Tabla 17. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el cuarto trimestre.

| PACIENTES ATENDIDOS | CONSULTA EXTERNA | | HOSPITALIZACIÓN | | SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS | SESIONES DE ENTREVISTA INICIAL | SESIONES DE TERAPIA DE APOYO |
|---------------------|------------------|-----|-----------------|-----|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 1ª Vez | Sub | 1ª Vez | Sub | | | |
| 47 | 20 | 29 | 36 | 0 | 5 | 42 | 38 |

TOTAL DE SESIONES: 85

Finalmente, las siguientes figuras muestran la distribución de los pacientes atendidos por género, padecimiento médico y padecimiento psicológico.

Figura 29. Distribución de pacientes atendidos por género.



Figura 30. Distribución de pacientes atendidos por padecimiento médico.

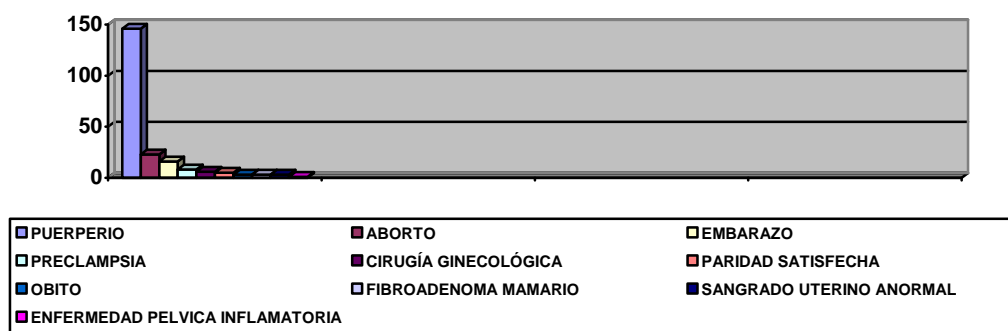
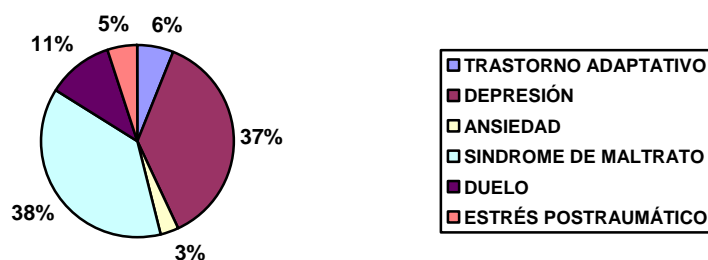


Figura 31. Distribución de pacientes atendidos por padecimiento psicológico.



ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.

La psicóloga Paula Leticia Bárcenas Vázquez autora de este reporte participó como asistente y ponente en los siguientes eventos:

Asistencia al Taller de Capacitación: *“Alternativas de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia”*. *El papel de la consejería especializada, en el modelo de atención a las mujeres víctimas y sobrevivientes de la violencia familiar y sexual*. Abril 2005, México D.F.

“Aborto en adolescentes”.

Ponencia presentada en la Sesión General del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”. Octubre 2005, Atizapán de Zaragoza, Edo. de México.

Participación en el Octavo Foro Interinstitucional de Investigación en Salud, con el trabajo: ***“Factores sociodemográficos, maltrato sexual, ansiedad y depresión en adolescentes que cursan su primer aborto”***, en la modalidad de cartel. Noviembre 2005, Toluca de Lerdo, Edo. de México.

Asistencia al curso-taller ***“Sexualidad Humana y Participación Juvenil”***, impartido por Organizaciones de la Sociedad Civil, OSC. Noviembre 2005, México D.F.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SUPERVISIÓN.

En el “Plan de Estudios de maestría en Psicología Profesional: Programa de Residencia en Medicina Conductual” (Reynoso y Seligson, 2001), que se nos fue entregado en Agosto del 2003, están detalladas las características de la supervisión. Este documento señala: *“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 la Lic. Areli Fernández Uribe, psicóloga adscrita del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”. En el caso de las residentes asignadas al Servicio de Ginecología y Obstetricia debo decir que ella no se encargaba de nuestra supervisión, el encargado de apoyar y supervisar las actividades que realizábamos en el servicio fue el Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio. En términos generales califico la supervisión del doctor de manera excelente.

Supervisión académica.

El supervisor académico fue la Mtra. Bertha Molina Zepeda quien acudía para la discusión de casos clínicos específicos, resolución de dudas y brindando retroalimentación permanente. En este sentido califico la supervisión académica de forma excelente.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS.

Según lo estipulado en el perfil de egreso de la residencia en Medicina Conductual, el cual se nos proporcionó al inicio de la misma, considero haber desarrollado las siguientes competencias al final de mi segundo año de residencia:

- Apego a las normas institucionales y del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Trabajo en coordinación con el equipo multidisciplinario (médicos adscritos, residentes, enfermeras y trabajadoras sociales).
- Práctica de diferentes técnicas cognitivo-conductuales.
- Realización de intervenciones psicológicas con el fin de responder a las necesidades de los pacientes y del Servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Presentación de respeto y compromiso con la satisfacción de las peticiones, necesidades y demandas de los pacientes.
- Actualización permanente en tópicos relacionados con la violencia familiar.
- Asistencia puntual a las actividades diarias del servicio.
- Ética profesional y actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Capacidad de adaptación al ambiente médico y al espacio de trabajo.
- Reconocimiento de limitantes académicas y clínicas.
- Capacidad de solicitar ayuda ante limitantes reconocidas.
- Capacidad para realizar carteles y presentaciones orales para diferentes foros.
- Desarrollar habilidades para el diseño y realización de protocolos de investigación.
- Elaboración y actualización de expedientes de pacientes.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En general, este segundo año de residencia fue muy enriquecedor ya que conté con todo el apoyo de la sede para desarrollar mis actividades. La experiencia con los pacientes fue por demás satisfactoria y creo que pude desarrollar habilidades a nivel clínico y de investigación. Además creo que la sede en la que hice mi rotación es ideal para que los residentes podamos desarrollarnos a nivel personal y sobre todo profesional.

Probablemente lo que sugiero es que los tutores acudan con más frecuencia a las sedes hospitalarias y que exista una mayor comunicación con ellos, que la supervisión académica sea más frecuente y que se continúen los proyectos de cada generación, ya que esto nos permitirá seguir resaltando las actividades del psicólogo a nivel hospitalario pero sobre todo nos permitirá seguir ganando espacios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aaronson, N.K. y Beckmann, J.H. (2000). *The Quality of Life of the Cancer Patient*. Nueva York: Raven Press.
- Adler, N.E. (1989). Statement on Behalf of the American Psychological Association Before the Human Resources Intergovernmental Relations Subcommittee of the Committee on Governmental Operations, U.S. House of Representatives: 130-140.
- Adler, N.E., David H.P., Major B.N., Roth S.H., Russo N.F. y Wyatt G.E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951): 41-44.
- Adler, N.E. (2003). Abortion among adolescents. *American Psychologist*, 58(3): 211-217.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Cáncer. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez, *Manual de Psicología de la Salud*, (pp. 179-195). Madrid: Pirámide.
- Areosa, A. (2000). Embarazo en la adolescencia. En J. Lombardía y F. López, *Problemas de salud en el embarazo*, (pp. 316-320). Madrid: Ergon.
- Barofsky, I. y Sugarbaker, P.H. (1990). Cancer. En B. Spilker, *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. Nueva York: Raven Press.
- Barreto, T. Campbell, O.M.R. Davies, J.L. Fauveau, V. Filippi, V.G.A. Graham, W.J. Mamdani, M. Rooney, C.I y Toubia, N.F. (1992). Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. *Stud Fam Plann*, 23(3): 159-170.
- Barriera, M., Ortiz, S., Darromán, R. y Montoya, M. (1999). Respuesta del estado psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo. *Rev Cubana Enfermer*, 15(3): 179-83.
- Brown, S., Eisenberg, L. (1995). The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families. Committee on Unintended Pregnancy. Institute of Medicine. Washington, D.C., USA: National Academy of Sciences.
- Bryan, A. y Stallings, M. (2002). A case control study of adolescent risk sexual behavior and its relationship to personality dimensions, conduct disorder and substance use. *Journal of Youth & Adolescence*, 31 (5): 387-396.
- Butler, C. (1996). Late psychological sequelae of abortion: questions from a primary care perspective. *J Fam Pract*, 43(4): 396-401.

Canto de Cetina, T., Colven, C., Hernández, J. y Vera, L. (1985). Incomplete abortion: characteristics of the patients treated in the O'Horan Hospital of Mérida, Yucatán. *Sal Pub Mex*, 27: 507-13.

Cella, D.F. y Tulsy, D.S. (1993). Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Investigation*, 11: 327-336.

Coggins, M. y Bullock, L. (2003). The Wavering line in the sand: The effects of domestic violence and sexual coercion. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (6-7):723-738.

Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México, D.F.: CONAPO; 1999.

Crosby, R., Wingood, G., DiClemente, R. y Rose, E. (2002). Family-related correlates of sexuality transmitted disease and barriers to care: A pilot study of pregnant African American adolescents. *Family & Community Health*, 25 (2): 16-27.

Cruzado, J.A. y Olivares, M.A. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer. En J.M. Buceta, M. Bueno y B. Mas, *Intervención psicológica en trastornos de la salud*, (pp. 341-398). Madrid: Dykinson.

Dagg, P.K. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am J Psychiatry*, 148(5): 578-85.

Daufi, L. (1987). *La enfermedad hoy*. Barcelona: Salvat.

David, H.P., Friedman, H.L., Van Der Tak, J. y Sevilla, M.J. (1978). Transnational trends: An overview. In H.P. Davis, H.L. Friedman, J. Van Der Tak and M.J. Sevilla, *Abortion in Psychosocial Perspectiva*, New York: Springer Publishing Company Inc.

Díaz, V. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Méd Méx*, 139 (Suppl.1): 23-28.

Encuesta Gente Joven 1999. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM); 2000.

Encuesta Nacional de Juventud 2000. Secretaría de Educación Pública. México, D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud; 2001.

Espinoza, H., Hernández, B. Campero, L., Walker, D., Reynoso, S. y Langer, A. (2003). Muertes maternas por aborto y por violencia en México: Narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. *Perinatol Reprod Hum*, 17: 193-204.

Fallowied, L. (1990). *The Quality of Life*. Nueva York: Condor Book.

Faúndes, A. y Barzelatto, J. (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

Fisher, W., Singh, S., Shuper, P., Carey, M., Otchet, F., MacLean-Brine, D., Dal Bello, D. y Gunter, J. (2005). Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*, 172 (5): 637-641.

Furstenberg, F.F.Jr., Brooks-Gunn, J. y Chase-Lansdale, L. (1989). Teenaged pregnancy and childbearing. *Am Psychol*, 44(2):313-320.

González, C. A. (1984). *Análisis epidemiológico del cáncer en la actualidad*. I Jornadas de Psicología Oncológica. Asociación Española contra el Cáncer.

Handy, J.A. (1982). Psychological and social aspects of induced abortion. *Br J Clin Psychol*, 21(1): 29-41.

Hardy, E., Costa, G. (1993). *Abortion experience among female employees of a Brazilian university*. Campinas, SP, Brazil:CEMICAMP.

Harris, M. y Franklin, C. (2003). Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. *Social Work Research*, 27(2): 71-83.

Heise, L.L., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violence Against Women. The hidden health burden*. Washington, DC: World Bank Discussion Papers.

Henshaw, S.K., Singh, S., Oye-Adeniran, B.A., Adewole, I.F., Iwere, N. y Cuca, Y.P. (1998). The incidence of induced abortion in Nigeria. *Int Fam Plann Perspect*, 24(4): 156-164.

Henshaw, S.K., Singh, S. y Haas, T. (1999). The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Perspect*, 25 (Suppl.): 30-38.

Henshaw, S.K. y Van Vort, J. (1990) Abortion Services in the United States 1987 and 1988. *Family Planning Perspectives*, 22(3), 102-108.

Hernández, D., Mojarro, O., Fuentes, J. y Martínez-Manatou, J. (1991). *Consideraciones sobre las muertes maternas en el IMSS y sus causas*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ibáñez, E. y Durá, E. (1990). Tratamientos psicológicos específicos para el enfermo oncológico. Una revisión. En E. Ibáñez, *Psicología de la Salud y Estilos de Vida*. Valencia: Promolibro.

Información Sociodemográfica México 2002. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2002.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México (SISESIM). Sitio Internet INEGI. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fsisesim.html>.

Jagannathan, R. (2001). Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary evidence. *Am J Public Health*, 91(11): 1825-1831.

Kalil, A. (2002). Perceptions of the school psychological environment in predicting adolescent mothers educational expectations. *Journal of Adolescent Research*, 17(6): 555-567.

Kishida, Y. (2001). Anxiety in Japanese Women After Elective Abortion. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 30: 490-495.

Ladipo, O.A. (1989). Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries. *Int J Gynaecol Obstet*, (Suppl); 3: 21-28.

Langer, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gac Med Méx*, 139(Suppl.1):3-7.

Lewis, T. y Chamberlain, G. (1994). Embarazo anormal. En T. Lewis y G. Chamberlain, *Obstetricia*, (pp. 161-166). México: Manual Moderno.

Liskin, L.S. (1992). Maternal morbidity in developing countries: A review and comments. *Int J Gynaecol Obstet*, 37(2): 77-87.

Manual Operativo para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las mujeres, SSA. México, 2005.

Major, B., Richards, C., Cooper, M.L., Cozzarelli, C. y Zubek J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *J Person Soc Psych*, 74(3): 735-752.

Monahan, D. (2001). Teen pregnancy prevention outcomes: Implications for social work practice. *Families in Society*, 82(2): 127-135.

Mondragón, H. (1992). Complicaciones del embarazo. En H. Mondragón, *Obstetricia básica ilustrada*, (pp. 272-278). México: Trillas.

Payne, E.C., Kravitz, A.R., Notman, M.T. y Anderson, J.V. (1976). Outcome following therapeutic abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 33(6): 725-733.

Paxman, J., Rizo, A., Brown, L. y Benson, J. (1993). The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in family planning*, 24: 205-26.

Philliber, S. (2003). Outcomes of teen parenting programs in New México. *Adolescence*, 38(151): 535-553.

Pope, L.M., Adler, N.E. y Tschann J.M. (2001). Postabortion psychological adjustment: are minors at increased risk? *J Adoles Health*, 29(1): 2-11.

Power, M., Bullinger, M., Harper, A. y The World Health Organization Quality of Life Group. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: test of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18: 495-505.

Programa Mujer y Salud. Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Secretaría de Salud. México, D.F., 2003. p. 9.

Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2001. pp. 61-63.

Rajs, D. (1996). Maternal mortality. In: I. Timaeus, J. Chackiel and L. Ruzicka L, *Adult mortality in Latin America*, (pp. 276-294). Oxford, UK: Clarendon Press.

Rogers, J.L., Stoms, G.B. y Phifer, J.L. (1989). Psychological impact of abortion: methodological and outcomes summary of empirical research between 1966 and 1988. *Health Care Women Int*, 10(4): 347-376.

Romans-Clarkson, S.E. (1989). Psychological sequelae of induced abortion. *Aust N Z J Psychiatry*, 23(4): 555-565.

Russo, N.F. y Dabul, A.J. (1997). The relationship of abortion to well-being: do race and religion make a difference? *Prof Psychol Res Pr*, 28(1): 23-31.

Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index Cancer. Development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2: 472-483.

Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.

Stirtzinger, R. McDermin, S. Grusec, J. Bernardini, S. Quinlan, K y Marshall, M. (2002). Interrumping the intergenerational cycle in high-risk adolescent pregnancy. *Journal of Primary Prevention*, 23(1): 7-22.

Szigethy, E. y Ruiz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: An integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158(1): 22-27.

The Alan Guttmacher Institute. (1994). *El aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. New York: The Alan Guttmacher Institute.

Tuckman, J. y Youngman, W. (1968). A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 17-19.

Viguera, A., Nonancs, R., Cohen, L., Tondo, L., Murria, A. y Baldessarini, R. (2000). Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 157 (2): 179-184.

Villanueva, L.A., Pérez, M.D.M. e Iglesias, L.F. (2000). Factores sociodemográficos asociados a depresión en adolescentes embarazadas. *Ginec Obst Mex*, 68: 143-148.

Viveros, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3): 134-135.

Weiss, S. M. (1985) Paper presented at the 15th Annual Meeting European Association for Behavior Therapy, Munich.

World Health Organization. (1992). The prevention and management of unsafe abortion. Report of a technical working group, Geneva, World Health Organization (WHO/MSM/92.5).

World Health Organization. (1997). Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Division of Reproductive Health (Technical Support). WHO. 3rd Edition, Geneva.

World Health Organization. (1998). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*, 352: 428-433.

World Health Organization. (2000). Violence against women. Geneva: WHO. Fact Sheet No. 239.

Zolse, G. y Blacker, C.V. (1992). The psychological complications of therapeutic abortion. *Br J Psychiatry*, 160:742-749.

ANEXOS

INVENTARIO DE BECK (BAI).

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____ FECHA _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

| SÍNTOMAS | POCO O NADA | MAS O MENOS | MODERADAMENTE | SEVERAMENTE |
|---|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO. | | | | |
| 2. SENTIR OLEADAS DE CALOR (BOCHORNO). | | | | |
| 3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS. | | | | |
| 4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE. | | | | |
| 5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR. | | | | |
| 6. SENSACIÓN DE MAREO. | | | | |
| 7. OPRESIÓN EN EL PECHO O LATIDOS ACELERADOS. | | | | |
| 8. INSEGURIDAD. | | | | |
| 9. TERROR. | | | | |
| 10. NERVIOSISMO. | | | | |
| 11. SENSACIÓN DE AHOGO. | | | | |
| 12. MANOS TEMBLOROSAS. | | | | |
| 13. CUERPO TEMBLOROSO. | | | | |
| 14. MIEDO A PERDER EL CONTROL. | | | | |
| 15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR. | | | | |
| 16. MIEDO A MORIR. | | | | |
| 17. ASUSTADO. | | | | |
| 18. INDIGESTIÓN O MALESTAR ESTOMACAL. | | | | |
| 19. DEBILIDAD. | | | | |
| 20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO. | | | | |
| 21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA A CALOR). | | | | |

Versión estandarizada por: Rebeca Robles, Rubén Varela, Samuel Jurado y Francisco Páez, Facultad de Psicología, UNAM.

INVENTARIO DE BECK (BDI).

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
OCUPACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____ FECHA _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. 0 Yo no me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 En general no me siento descorazonado por el futuro
 1 Me siento descorazonado por mi futuro
 2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
 3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 Yo no me siento como un fracasado
 1 Siento que he fracasado más que las personas en general
 2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
 3 Siento que soy un completo fracaso como persona

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
 1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
 2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
 3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

5. 0 En realidad yo no me siento culpable
 1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. 0 Yo no me siento que esté siendo castigado
 1 Siento que podría ser castigado
 2 Espero ser castigado
 3 Siento que he sido castigado

7. 0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
 1 Estoy desilusionado de mí mismo
 2 Estoy disgustado conmigo mismo
 3 Me odio

8. 0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. 0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11. 0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado todo el tiempo
3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12. 0 Yo no he perdido el interés en la gente
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 He perdido en gran medida el interés en la gente
3 He perdido todo el interés en la gente
13. 0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1 Pospongo tomar decisiones más que antes
2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3 Ya no puedo tomar decisiones
14. 0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
1 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
3 Creo que me veo feo (a)
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2 Tengo que obligarme para hacer algo
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. 0 Puedo dormir tan bien como antes
1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

17. 0 Yo no me canso más de lo habitual
1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2 Con cualquier cosa que haga me canso
3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

18. 0 Mi apetito no es peor de lo habitual
1 Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
2 Mi apetito está muy mal ahora
3 No tengo apetito de nada

19. 0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
1 He perdido más de dos kilogramos
2 Me perdido más de cinco kilogramos
3 He perdido más de ocho kilogramos

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si_____No_____

20. 0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21. 0 Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés por el sexo

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

NOMBRE: _____ EDAD: _____

No. DE HIJOS: _____ AÑOS DE ESTUDIO: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO (ANTERIOR): _____

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO (POSTERIOR): _____

SEMANAS DE GESTACIÓN _____ No. DE PAREJAS SEXUALES _____

PROCEDIMIENTO UTILIZADO _____

ALGUNA VEZ SU PAREJA O ALGUNA PERSONA IMPORTANTE PARA USTED,
LA HA FORZADO A TENER RELACIONES SEXUALES EN CONTRA DE SU
VOLUNTAD?

a) SI

b) NO

CONDICIÓN DE EMBARAZO:

a) DESEADO

b) NO DESEADO

c) FORZADO

ABORTO:

a) ESPONTÁNEO

b) INDUCIDO

c) ELEGIDO

COMENTARIOS: _____

PUNTAJE OBTENIDO EN EL BAI _____

PUNTAJE OBTENIDO EN EL BDI _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____
he sido informado acerca del propósito del presente estudio, además de que se me indicó que será necesario contestar dos cuestionarios y proporcionar algunos otros datos.

Es probable que pueda sentirme incómodo con algunas preguntas, pero mi participación permitirá desarrollar mejores formas de atención para otros pacientes, además de contribuir a la mejoría de mi estado de ánimo.

Mis respuestas se mantendrán en absoluto secreto y la única que tendrá acceso a ellas será la persona que me entreviste. Todo lo que yo diga se utilizará únicamente con propósitos de investigación y si deseo información adicional con respecto al estudio, estoy en absoluta libertad de preguntar.

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios y proporcionar aquellos datos que sean necesarios.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

TESTIGO 1

TESTIGO 2

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

TELÉFONO

TELÉFONO

Fecha: _____

Entrevistador: _____

LISTA DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA DE TUCKMAN Y YOUNGMAN.

1. Mayor de 45 años de edad.
2. Varón.
3. Caucásico.
4. Separado, divorciado o viudo.
5. Vive solo.
6. Desempleado o jubilado.
7. Ha presentado problemas médicos durante los últimos seis meses.
8. Trastorno del estado de ánimo, alcoholismo u otros problemas mentales.
9. Ha recibido tratamiento médico durante los últimos seis meses.
10. Ha intentado suicidarse utilizando armas de fuego, lanzándose o ahogándose.
11. Intentó hacerlo en meses calurosos.
12. Intentó hacerlo durante el día.
13. Intentó hacerlo en su casa o en la de alguien más.
14. La persona divulgó la tentativa casi inmediatamente
15. La persona niega el intento de suicidio.
16. Nota suicida
17. Intento de suicidio previo.

Se califica con un punto a cada factor de riesgo identificado. Un puntaje de 5 a 9 puntos sugiere un riesgo moderado, mientras que un puntaje mayor a 9 indica un alto riesgo.

Versión adaptada por: Paula L. Bárcenas Vázquez, Facultad de Psicología, UNAM.