



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ATENCIÓN Y APOYO EMOCIONAL DEL NIÑO Y EL  
ADOLESCENTE

INFORME DE PRÁCTICAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

EDITH LUCIA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

DIRECTORA DE INFORME:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A mis padres y hermano,  
por todo el amor y apoyo incondicional, los amo.*

*A papá Cenobio y Silvia,  
con amor y admiración, los recuerdo dulcemente.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente agradezco a Dios y a la Vida por darme tanto; una familia maravillosa, salud, fuerza y conocimientos, que me han permitido lograr este sueño.

A mis padres Edith y Luis, por traerme al mundo, hacerme una persona de bien e impulsarme a concluir una de las etapas más bonitas de mi vida. Mamá, gracias por todo tu apoyo y amor incondicional, por estar en los momentos más felices y en los que no creía poder levantarme, por ser el mejor ejemplo de amor, generosidad, comprensión y fortaleza, gracias por ser la mejor, te amo. Papá, gracias por todo tu esfuerzo hecho para mí, por tu apoyo y cariño infinito a lo largo de toda mi vida, por tus regaños, chistes y consejos, por haberme inculcado valores de honestidad y responsabilidad, por cuidarme y por compartir conmigo el gusto por la música, gracias por ser un gran padre, te amo.

A Luisito por ser mi compañero de aventuras de toda la vida y siempre sacarme una sonrisa; por alentarme y darme el ejemplo de esfuerzo, constancia y dedicación para cumplir mis sueños, te quiero.

A mi abuelita Chabelita por tu bondad y cariño infinito, por hacerme creer y confiar, te quiero.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara quien me brindó su apoyo, tiempo, paciencia y dedicación para poder desarrollar este proyecto, gracias por compartir sus conocimientos conmigo.

A mi revisora la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordoñez y a mis sinodales la Mtra. Blanca Girón Hidalgo, la Lic. Damariz García Carranza y a el Mtro. Salvador Chavarría Luna; gracias por su apoyo, comprensión y entusiasmo hacia mi trabajo.

A mis amigas Anahid, Berenice, Yolanda, Melina, Paola y Gabriela, quienes han sido parte de este crecimiento, por su apoyo y amistad.

A mi querida UNAM por recibirme, ser mi segundo hogar y brindarme tantos conocimientos. Y en especial a la Facultad de Psicología por permitirme crecer a nivel profesional.

## ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2
	1. Objetivos generales.....	4
III.	ANTECEDENTES.....	5
	1. Contextuales.....	5
	2. Teóricos.....	7
	2.1 Importancia del Trabajo Clínico.....	7
	2.2 Entrevista Clínica.....	8
	2.3 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).....	12
	2.2.1 Teorías y Técnicas.....	13
	2.4 Terapia Gestalt.....	20
	2.4.1 Métodos y técnicas de la Terapia Gestalt.....	22
	2.5 Endocrinología Pediátrica.....	26
	2.6 Obesidad.....	27
	2.7 Diabetes.....	34
	2.8 Trastornos de la Diferenciación Sexual.....	51
IV.	PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	54
	1. Propósito.....	54
	2. Población y espacio de trabajo.....	54
	3. Fases y descripción de actividades.....	55
	3.1 Preconsulta.....	56
	3.2 Terapia Supervisada.....	58
	3.3 Talleres a Pacientes Pediátricos del Área de Endocrinología.....	61
	3.3.1 Taller de Obesidad.....	62
	3.3.2 Taller de Diabetes para Escolares.....	63
	3.3.3 Taller de Diabetes para Adolescentes.....	63
	3.3.4 Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual.....	63
	3.4 Evaluación y Selección de Médicos Residentes.....	64
	4. Actividades principales.....	66
V.	RESULTADOS.....	67
	1. Preconsulta.....	67
	2. Terapia Supervisada.....	72

3.	Talleres a Pacientes Pediátricos del Área de Endocrinología.....	79
3.1	Taller de Obesidad.....	79
3.2	Taller de Diabetes para Escolares.....	82
3.3	Taller de Diabetes para Adolescentes.....	85
3.4	Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual.....	88
4.	Evaluación y Selección de Médicos Residentes.....	90
VI.	DISCUSIÓN.....	93
VII.	CONCLUSIÓN.....	107
VIII.	REFERENCIAS.....	113
IX.	ANEXOS.....	119

## RESUMEN

El trabajo realizado durante las prácticas profesionales y el servicio social en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), proporcionó conocimientos y habilidades encaminadas al área de la Psicología Clínica y de la Salud, a través de actividades como la entrevista clínica, terapia supervisada a pacientes pediátricos con enfermedades crónicas y a sus familias, elaboración de programas conductuales, asistencia a pacientes de hospitalización y urgencias, intervención en crisis, talleres psicoeducativos para niños, adolescentes y sus padres, aplicación de pruebas psicológicas, evaluación y selección de médicos residentes. Cada una de estas actividades implicó investigación, aprendizaje y la práctica de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC); y aplicación de técnicas de la Terapia Gestalt (TG).

La aplicación de la TCC permitió disminuir conductas y emociones disfuncionales en los pacientes; en cuanto a la TG desarrollaron habilidades para aceptarse y hacerse más consciente de lo que sienten y hacen, en el “aquí y ahora”. Se impartieron cuatro talleres: el Taller de Obesidad adaptado del libro “Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes” de Rosa Korbman de Shein (2007); se estructuró el Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual, adaptado a la población con diagnósticos dentro de esta categoría con una duración de 10 sesiones; de igual manera se constituyó el Taller de Diabetes para Escolares y el Taller de Diabetes para Adolescentes, con una duración de 12 sesiones. Todos los talleres contribuyeron con la Institución receptora apoyando la calidad del servicio a la comunidad.

Los resultados obtenidos de la práctica profesional fueron favorecedores para la Institución receptora, los pacientes atendidos y el prestador de prácticas profesionales y servicio social.

Palabras clave: Intervención, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Gestalt.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Infantil de México Federico Gómez es una Institución de asistencia a pacientes pediátricos que requieren especialidad y alta especialidad médica, su población principal presenta un nivel socioeconómico bajo y tiene un alta demanda en los servicios que brinda, uno de ellos es el área de Endocrinología, el cual atiende a pacientes con diagnósticos de Obesidad, Síndrome Metabólico, Diabetes, Trastornos de la Diferenciación Sexual, entre otros. Identificando mayor frecuencia e incidencia en Obesidad, Síndromes Metabólicos y Diabetes. Debido a lo anterior, el servicio requiere de personas especialistas en la salud, como médicos, enfermeras y psicólogos, que le brinden atención adecuada a cada paciente, de acuerdo a sus necesidades.

El departamento de psiquiatría del cual depende el Servicio de Psicología en el HIMFG brinda apoyo psicológico y psiquiátrico a los pacientes que por su condición médica así lo requiera, éste a su vez, se divide de acuerdo a las especialidades médicas para que cada psicólogo atienda a cierta población de niños con diagnósticos y tratamientos similares.

El trabajo que realiza el psicólogo clínico dentro de la Institución es diagnosticar, evaluar e intervenir principalmente en conflictos como el que los niños no siguen la adherencia al tratamiento (dieta, hacer ejercicio, tomarse los medicamentos o inyectarse la insulina), falta de comprensión de la enfermedad, enojo, irritabilidad, ansiedad o depresión por presentar una enfermedad crónica, dificultades en habilidades sociales, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Retraso en el Desarrollo Psicomotor y niños autistas.

Por lo tanto, los psicólogos se encargan de brindar Preconsulta, Terapia Individual y Grupal a los pacientes que así lo requieran, lo que conlleva realizar entrevistas



clínicas, evaluaciones psicológicas, diagnósticos e intervenciones psicológicas, con técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual, ya que se ha mostrado que muchas enfermedades son consecuencias de conductas inadecuadas; por lo que la aplicación de las técnicas conductuales se han mostrado favorables para la modificación de conductas que resultan peligrosas para la salud corporal.

La terapia conductual puede ayudar al paciente actuando sobre la enfermedad corporal (obesidad, diabetes, insomnio, etc.), ayudándole a realizar prescripciones médicas (ingesta de medicinas, dieta, ejercicios físicos), y enseñándole a modificar las conductas que constituyen factores de riesgo para su enfermedad; con esto se pretende que el paciente adquiera concientización en cuanto sus cuidados, comprensión de su enfermedad y mayor adherencia a su tratamiento, con la finalidad de tener una mejor calidad de vida y un estado lo más estable posible en cada paciente.

El Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) es una Institución de asistencia, enseñanza e investigación dependiente de la Secretaría de Salud y afiliada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), brinda atención a pacientes pediátricos que requieren especialidad y alta especialidad médica. Permite un trabajo multidisciplinario, por lo que existe una labor entre médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, abogados y psicólogos, que permite discutir casos, para tomar decisiones en cuanto al bienestar del paciente.

Su población principal es aquella que no cuenta con servicio médico privado y un nivel socioeconómico bajo, por lo que la demanda de pacientes es muy alta. Por tales motivos es necesario contar con personas que colaboren a través de Prácticas Profesionales y Servicio Social para abarcar todas las necesidades de cada uno de los pacientes que así lo requieran, además de complementar la formación del estudiante en el aspecto humano vinculado con los conocimientos adquiridos a la práctica profesional, al enfrentarse a un sector social con distintas carencias.

## **1. Objetivos Generales.**

- Adquirir conocimientos y experiencia en procesos y procedimientos que se integren a la atención psicológica del paciente pediátrico con enfermedades crónicas.
- Capacitación a través de poner en práctica técnicas de entrevista, evaluaciones psicométricas a pacientes y a médicos residentes, integración de estudios, elaboración de programas de intervención psicoterapéutica y de psicoeducación a niveles individual y grupal.

## ANTECEDENTES

### 1. Contextuales.

El Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) es una Institución que brinda atención a pacientes pediátricos que requieren especialidad y alta especialidad médica. Además, adquirió el compromiso de formar y capacitar a todos aquellos profesionistas interesados en el cuidado de los niños; por lo cual, la vida académica del hospital se enriquece con la presencia de estudiantes de medicina, de enfermería, de psicología y de otras disciplinas relacionadas con la salud de los niños y adolescentes que acuden a los diferentes servicios para cumplir con los campos clínicos necesarios para su formación o para realizar su servicio social (Recuperado en Noviembre de 2016 de [http://himfg.com.mx/interior/dir\\_ensenanza.html](http://himfg.com.mx/interior/dir_ensenanza.html)).

El Hospital tiene como objetivo mantener a la Institución como un centro de conocimientos mediante la investigación biomédica para impulsar el avance de la pediatría, así como la formación de recursos humanos de alta calidad capaces de desarrollar investigaciones, además de proporcionar atención médica de alta especialidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la población infantil sin seguridad social y por lo tanto, con los más bajos recursos socioeconómicos (Recuperado en Noviembre de 2016 de <http://himfg.com.mx/interior/objetivo.html>).

Considerando que recibe a los niños de más escasos recursos, su población es muy alta, ya que atiende a más de 8 millones de pacientes, con un promedio anual cercano a los 153 mil (Recuperado en Noviembre de 2016 de [http://himfg.com.mx/interior/el\\_instituto.html](http://himfg.com.mx/interior/el_instituto.html)). La mayoría de estos niños provienen de zonas conurbadas del Distrito Federal y de diversas regiones de los estados de México, Hidalgo, Veracruz, Guerrero y Oaxaca.

Por lo tanto, existe una gran demanda en los servicios que brinda la Institución, uno de ellos es el Servicio de Psicología que atiende una gran cantidad de pacientes de distintos servicios médicos, por ello se requiere de personas capacitadas para que brinden atención y servicio psicológico a ésta población.

Por tal motivo, el HIMFG cuenta con programas para la realización de Prácticas Profesionales y Servicio Social, para que los alumnos además de dar atención a los pacientes, se desarrollen en un ambiente profesional, desarrollando sus conocimientos y habilidades aprendidas durante la licenciatura, abordando problemáticas psicológicas y proponiendo nuevos recursos y/o tratamientos que beneficien a los pacientes, a la Institución, al alumno y a la escuela.

## 2. Teóricos.

### 2.1 Importancia del Trabajo Clínico

Caballo (1998) señala que el objetivo del tratamiento psicológico clínico es evitar, disminuir o eliminar el malestar en el individuo y promover la readaptación a su entorno, mediante una terapia; la cual es un proceso de aprendizaje que aborda aspectos cognitivos, emocionales y físicos, realizado mediante la reflexión y el trabajo personal constante. Su propósito es mantener la salud mental del paciente, motivándolo a descubrir lo que le ocurre y a hacer cambios en su forma de pensar y de actuar.

Buela-Casal y otros (1996), mencionan que no habría un fundamento científico en el quehacer psicoterapéutico si no existiera la psicología clínica, y esta disciplina no se desarrollaría y evolucionaría como tal si no fuese influenciada por las diversas escuelas o corrientes psicológicas. El modelo conductual ejerce gran influencia en el ámbito clínico por su fundamento en las teorías del aprendizaje facilitando los cambios en el paciente. Desde esta perspectiva se define la psicología clínica como *“un área de la psicología en las que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos”* (Buela-Casal y otros, 1996, p.4).

Para el enfoque de la Gestalt, las técnicas “se basan en experiencias vivenciales, que ayudan a la persona a reconocer sus emociones, a través de la percepción ingenua y la experiencia inmediata” (Esquivel, 2010 p.16). Lo cual fomenta la toma de consciencia y el darse cuenta, permitiendo que el paciente tome contacto con el aquí y ahora (Esquivel, 2010).

En general, la actividad clínica va a ordenar el conjunto de datos proporcionados por el paciente que solicita ayuda psicológica relacionándolo con el motivo de consulta; dicha información va a permitir elegir y diseñar un programa adecuado de intervención dirigido a mejorar su estabilidad emocional (Caballo, 1998).

La proximidad del psicólogo clínico a los trastornos orgánicos mediante la aplicación de la terapia conductual, contribuyó a la creación de una nueva disciplina, la medicina conductual, definida como *“la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos físicos o disfunciones fisiológicas”* (Buela-Casal y otros, 1996, p.5). La psicología clínica considera la interacción organismo-conducta-ambiente, ya que además de tratar la enfermedad tiene como objetivo conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores (María, 2008).

Durante la actividad clínica el psicólogo debe de aplicar una serie de instrumentos que le ayuden a evaluar, diagnosticar y realizar un tratamiento, uno de ellos es la entrevista clínica, la cual se explicará a continuación.

## **2.2 Entrevista Clínica**

La entrevista es el primer contacto que se tiene con el paciente (Caballo, 2006). Perpiñá (2012) señala que *“la entrevista es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación”* (p.23). Es un instrumento interactivo y está presente en la evaluación-intervención (Casullo y Márquez, 2003, citado por Fernández, 2013, p.168).

*“En el ámbito clínico, es una técnica longitudinal mediante la cual se realiza todo el proceso clínico, es decir, es el instrumento a través del cual se establece la evaluación y la intervención”* (Perpiñá, 2012, p.27). Este procedimiento es utilizado con distintos objetivos o propósitos como el conseguir y ofrecer información en la intervención, indagar sobre características de la historia de vida de la persona, orientar o asesorar y comunicar a pacientes los resultados del proceso (Fernández, 2013).

En la entrevista hay una conversación entre dos o más personas, pero en la que el entrevistador realiza preguntas con un objetivo predeterminado. Analizando y registrando la información verbal como la no verbal para realizar la evaluación, el diagnóstico o la intervención psicológica (Perpiñá, 2012).

Es importante que desde el primer contacto se establezca una adecuada relación terapéutica con los padres para que ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones familiares (Molina, 2001, p.28). Aunado a esto, Caballo (2006), menciona que “mediante la entrevista es como se establecen los primeros vínculos entre terapeuta y paciente” (p. 215). Además de que el clínico debe de adoptar una posición de colaboración más que de superioridad, utilizando un lenguaje comprensible sin tecnicismos (Molina, 2001, p.28).

Para Perpiñá (2012), las entrevistas se pueden clasificar en función de su:

- Estructura.
  - No estructurada: Durante el proceso de interacción se determina el orden de las preguntas y su tipo.
  - Estructurada: Las preguntas y el orden están previamente establecidos.
  - Semiestructurada: Las preguntas tienen algún tipo de estructuración y el entrevistador puede elegir las que le parezcan oportunas.
- Grado de dirección o participación.
  - Directivas: El entrevistador habla más con el fin de formular e intervenir, elige el tema para hablar y emplea mucho tiempo en sus intervenciones, para obtener información válida y útil.
  - No directivas: El entrevistador procura interferir lo menos posible en el curso natural del habla del cliente, para conseguir un ambiente que potencien la capacidad de reflexionar.
- Ámbito de aplicación-fines u objetivos.

- Asesoramiento (Counselling): Se orienta al entrevistado para ubicarse, centrarse en alguna faceta, en relación con aspectos de la vida cotidiana.
- Clínico: El cliente pide ayuda y consulta que tiene que ver con la psicopatología.
- Selección: La aplicación de esta consiste en encontrar al mejor candidato para un puesto de trabajo.
- Funciones.
  - Evaluación y diagnóstico: Recabar información precisa para valorar, evaluar o diagnosticar el problema.
  - Motivadora: Se trata de animar al paciente a que asuma su problema e inicie el proceso de cambio terapéutico. Caballo (2006) señala que se trata de “convencer al paciente de que lleve a cabo un tratamiento”.
  - Terapéutica: Establece metas terapéuticas y pasos para conseguir un cambio que ayude a la persona a mejorar su calidad de vida.
- Secuencia Temporal
  - Screening: Normalmente semiestructurada y de menor duración.
  - Entrevista inicial: Primer contacto con el paciente y tiene como objetivo “crear una base de información...que permita la formulación de las hipótesis” (Fernández, 2013, p.175).
  - Entrevista de evolución: La retroalimentación y la respuesta a la demanda del paciente después de la evaluación.
  - Entrevista de alta clínica: Terminar el proceso y despedir al paciente.

Por medio de la entrevista conductual conocemos los elementos antecedentes de la conducta, las variables del organismo que se relacionan con ella y las consecuencias que produce la conducta problema (Caballo, 2006). Para Reynoso y Seligson (2005), la evaluación conductual “se enfoca a la identificación de las conductas problemáticas del paciente y a objetivar las causas que las mantienen y las consecuencias de la conducta” (p.35).



En la evaluación infantil la entrevista dirigida a los padres es la forma más precoz y habitual de recabar información, sobre todo desde el ámbito clínico y desde una perspectiva cualitativa (Caballo, 2006, p.122). Sin embargo, los psicólogos deben de estar atentos ya que los padres pueden exagerar o minimizar los problemas de comportamiento de su hijo dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control sobre sus problemas de comportamiento del niño (Molina, 2001, p.28).

El terapeuta con pacientes con enfermedades médicas, debe ofrecerle durante la entrevista información respecto a su problema, indicando con claridad que le ayudará a resolver problemas psicológicos relacionados con su enfermedad, cómo estrés psicológico resultado del desconocimiento de la enfermedad que padece, para ofrecer alguna clase de alivio (Reynoso y Seligson, 2005, p.45).

Por otro lado, en el caso de los pacientes que no tienen un problema agudo, el propósito de la entrevista es obtener datos sobre el estado actual de sus problemas, desarrollar hipótesis y construir una aproximación inicial al tratamiento, siendo que en la entrevista se busca encontrar una definición clara del problema (Reynoso y Seligson, 2005).

En general, el objetivo de la entrevista conductual es obtener información relevante que permita conocer el problema, sus causas y poder planificar un plan de tratamiento (Caballo, 2006). Por lo cual, ahora se explicará el enfoque de la terapia cognitivo conductual y sus teorías en el ámbito clínico.

### **2.3 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).**

La terapia cognitivo conductual se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo) (Lega y otros, 2002).

Los mismos autores, refieren que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas. Las principales características de la terapia cognitivo-conductual son:

- Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos causales.
- Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.
- Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.
- Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- La terapia es de duración breve.
- La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente.
- Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivo-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptado (Martin y Pear, 2008). Según Oblitas (2008), las terapias cognitivo-conductuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos en la aplicación de distintos problemas.

### 2.3.1 Teorías y Técnicas.

#### ➤ Terapia racional emotiva-conductual de Ellis.

Todos los problemas emocionales cotidianos (y las conductas relacionadas) nacen de interpretaciones irracionales que las personas hacemos de los acontecimientos de nuestras vidas (Martin y Pear, 2008, p. 382). Esta terapia procura conseguir un cambio filosófico profundo, mantiene una posición humanista, se esfuerza en un cambio emocional y conductual profundo, elimina cualquier evaluación del “sí mismo”, fomenta el empleo del humor como antídoto ante las creencias irracionales y fomenta un cuestionamiento activo, que el paciente internaliza, de sus filosofías perturbadas y se ayuda poco de otros métodos cognitivos (Lega y otros, 2002). “Básicamente, el enfoque de Ellis es enseñar a sus clientes a contrarrestar las afirmaciones irracionales con afirmaciones más positivas y realistas” (Martin y Pear, 2008, p. 383).

Según Oblitas (2008), se basa en el esquema ABC, donde A es cualquier evento activante que, de acuerdo con las creencias (B) racionales e irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. La terapia se va a centrar, mediante la disputa de (D), en cambiar dichas creencias irracionales (Ver Figura 1).

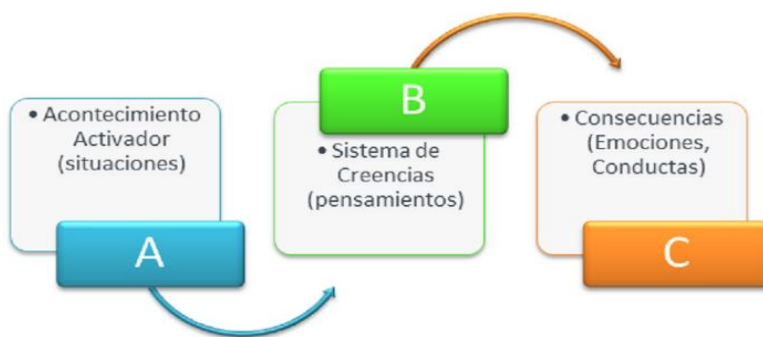


FIGURA 1. Modelo ABC.

Martin y Pear (2008), nos hablan del proceso de la terapia, la cual se lleva a cabo en tres fases, en la primera Ellis ayuda a los clientes a identificar los pensamientos

perturbadores que se basan en creencias irracionales; en segundo lugar, desafía enérgicamente, enfrentándose y argumentando en contra, las creencias irracionales de los clientes que considera son la base del discurso problemático. Y por último los clientes aprenden, mediante modelado y tareas para hacer en casa, a sustituir las afirmaciones “irracionales sobre sí mismos por afirmaciones basadas en creencias “racionales”. Las tareas para hacer en casa suelen estar diseñadas para ayudar a los clientes a desafiar las creencias irracionales y afrontar las emociones perturbadoras.

Hay una importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, como necesarios para modificar los componentes emocionales y conductuales. La terapia racional emotivo-conductual ha sido aplicada en distintos trastornos emocionales (Lega y otros, 2002).

➤ **La terapia cognitiva de Beck.**

Beck es conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión, proporcionando la tríada cognitiva con tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión acerca de su futuro (Oblitas, 2008, p. 95).

Martin y Pear (2008), nos describen los tres componentes generales del procedimiento de Beck, en primer lugar, los clientes identifican los pensamientos disfuncionales y los supuestos poco adaptativos que puedan estar causando emociones desagradables, habitualmente mediante ejercicios con imágenes mentales y preguntas fáciles de responder (cómo animar a que los clientes recuerden o imaginen acontecimientos que elicitaban tales emociones y a centrarse en los pensamientos experimentados en esas situaciones). En segundo lugar, una vez identificados los pensamientos o supuestos disfuncionales, existen

varios métodos para contrarrestarlos (uno de ellos consiste en comprobar la realidad o poner a prueba la hipótesis).

Después de que los clientes han identificado la creencia o pensamiento irracional y han aprendido a plantearlo como una hipótesis y no como una realidad, lo contrastan empíricamente mediante una serie de actividades para hacer en casa. En tercer lugar, Beck asigna a menudo deberes para que los clientes realicen por su cuenta, que incorpora dosis variables de procedimientos de modificación de conducta para lograr el establecimiento de actividades cotidianas deseables (Martin y Pear, 2008, p. 385).

Las técnicas de la terapia incluyen técnicas cognitivas y técnicas conductuales, lo que se pretende es modificar las cogniciones del sujeto, que son el elemento causal de la conducta (Oblitas, 2008, p. 96). Esta terapia cognitiva se proyectó originalmente para tratar la depresión; sin embargo, se aplicó posteriormente a una amplia variedad de problemas, incluyendo estados maníacos, trastornos de ansiedad, histeria, desórdenes obsesivos, trastornos psicómaticos y fobias (Martin y Pear, 2008)

➤ **Entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum y Goodman.**

Martin y Pear (2008), refieren que “Meichenbaum y Goodman desarrollaron originalmente un entrenamiento en auto-instrucciones para ayudar a los niños a controlar comportamientos impulsivos que suele incluir cinco pasos” (p. 387):

- Demostración de auto-instrucciones por parte del modelo adulto.
- Los niños realizan la tarea mientras el modelo adulto la verbaliza en voz alta.
- Los niños realizan la tarea y la verbaliza en voz alta.
- Desvanecimiento de las auto-instrucciones manifiestas.
- Realización de la tarea con auto-instrucciones encubiertas.

El primer paso en el enfoque para afrontar la ansiedad es identificar determinados estímulos internos producidos por la situación estresante y por afirmaciones negativas que los clientes hacen a sí mismos. Hay que aprender a usar estas señales como estímulos discriminativos para darse las auto-instrucciones apropiadas. Posteriormente mediante modelado y ensayo conductual, los pacientes aprenderán a contrarrestar las auto-afirmaciones negativas en la propia situación que produce malestar (Martin y Pear, 2008, p. 388).

En tercer lugar, los pacientes aprenden a proporcionarse auto-instrucciones sobre los pasos que tienen que seguir para elaborar la actividad adecuadamente mientras la están llevando a cabo. Finalmente aprenden a hacerse afirmaciones auto-reforzadoras inmediatamente después de haber afrontado con éxito la situación estresante (Martin y Pear, 2008, p. 388).

Estos mismos autores, señalan que esta técnica desarrolla estrategias de entrenamiento en auto-instrucciones para ayudar a los pacientes a generar habilidades de afrontamiento útiles para manejar situaciones estresantes que se escapan a su control. “A menudo, el énfasis en su enfoque está más en enseñar a afrontar emociones negativas que en eliminarlas completamente” (Martin y Pear, 2008, p. 387).

➤ **Entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum.**

Oblitas (2008), menciona que este entrenamiento “se ha centrado en la aplicación de tratamientos psicológicos al estrés y a los problemas asociados al estrés, que constituye una de las principales consecuencias de nuestro sistema social” (p. 98).

El objetivo es que el paciente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre cuando nos ponen una vacuna, para que esta inoculación cree anticuerpos psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan ser empleadas en situaciones de ansiedad y miedo (Oblitas, 2008).

El entrenamiento en inoculación de estrés consta de tres fases según Oblitas (2008):

- Conceptualización: establecer una adecuada relación terapéutica y de colaboración entre el terapeuta y el paciente.
- Adquisición y ensayo de habilidades: se entrena al sujeto en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés (relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento auto-instruccional y negación).
- Aplicación y seguimiento: poner en práctica las distintas estrategias que ha aprendido en la fase anterior.

Martin y Pear (2008), también nos hablan de las fases de esta técnica; la de reinterpretación en donde los clientes aprenden que el factor estresante no es la causa de su nerviosismo o reacción de estrés, sino la forma en que se vive ese acontecimiento; en la fase de entrenamiento del afrontamiento, se aprenden varias estrategias de afrontamiento (cómo la relajación, las auto-instrucciones, el auto-reforzamiento), y por último, en la fase de aplicación, los clientes practican su auto-discurso y habilidades de afrontamiento ante estímulos estresantes.

Se aplica en fobias múltiples, problemas de hospitalización, dolor crónico, distintos trastornos psicofisiológicos, afrontamiento en niños ante situaciones de estrés, víctimas de violaciones, reclutas, ansiedad social e ira (Oblitas, 2008).

➤ **Terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.**

“Los métodos de solución de problemas se centran en enseñar a las personas a resolver satisfactoriamente sus dificultades personales mediante razonamiento lógico” (Martin y Pear, 2008, p. 389). Se orienta a las personas a que adquieran habilidades adecuadas de solución de problemas. Oblitas (2008), refiere que son cinco etapas:

- *Orientación general*: se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posibles hacerles frente de forma eficaz, además de que inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada.
- *Definición y formulación del problema*: definir bien el problema.
- *Generación de alternativas*: tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos la probabilidad de que la mejor solución está entre ellas.
- *Toma de decisiones*: evaluar (comparar y evaluar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla(s) en práctica en la situación problemática.
- *Implementación (ejecución)*: el sujeto (inicialmente con ayuda del terapeuta) diseña un plan de acción para llevar a cabo la mejor solución al problema.

Aunado a esto, Martin y Pear (2008), nos hablan de una sexta etapa, la de *verificación* que es “cuando el plan se ha puesto en marcha, se anima a los clientes a establecer un seguimiento del progreso para asegurarse de que se alcanza la solución del problema. Si no se logra, la secuencia de solución de problemas debe reiniciarse” (p. 390).

La aplicación de esta técnica ha sido utilizado en un amplio conjunto de conductas, como la intervención de crisis, sustancias adictivas, trastornos de la ansiedad y estrés, depresión, problemas de pareja, malos tratos, problemas comunitarios, bajo rendimiento académico e indecisión vocacional, control de ira y de la agresividad en niños normales y retrasados, pacientes con esquizofrenia, entre otros (Oblitas, 2008).

#### ➤ **Economía de fichas.**

Martin y Pear (2008), refieren que un reforzador condicionado es un estímulo inicialmente neutro que adquiere valor reforzador tras ser emparejado



apropiadamente con otros reforzadores. Sin embargo, algunos reforzadores condicionados (como los elogios), son breves, su aparición y desaparición ocurren casi simultáneamente. Otros reforzadores condicionados, como el dinero, duran y se pueden acumular hasta ser canjeados por reforzadores de apoyo, como el alimento. “Los reforzadores condicionados de este segundo tipo se conocen como fichas. Un programa en que un grupo puede ganar fichas por emitir conductas deseables, y cambiarlas luego por reforzadores de apoyo se denomina economía de fichas” (p. 347).

Continuando con Martin y Pear (2008), la economía de fichas se ha aplicado en salas psiquiátricas, instituciones y aulas de personas con trastornos del desarrollo, aulas de niños y adolescentes con trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA), aulas estandarizadas, desde educación infantil hasta la universidad, prisioneros, centro de tratamiento para personas con adicciones, hogares para controlar la conducta de los hijos y tratar problemas conyugales.

Hasta ahora, se han hablado de las técnicas de la terapia cognitivo conductual, sin embargo, existen varios enfoques que nos ayudan en el proceso de intervención, uno de ellos es la terapia Gestalt, la cual se explicará a continuación.

## **2.4 Terapia Gestalt.**

La terapia Gestalt es una filosofía existencial, es una actitud ante la vida, es un modo de estar en el mundo, es una síntesis coherente y creativa de corrientes filosóficas y terapéuticas (Sinay, 2006). “Se ocupa de los problemas provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo hacemos” (Perls, 2006, p. 19).

La Gestalt busca, una visión integradora del ser humano, valorizando sus dimensiones afectivas, intelectuales, sensoriales, sociales, espirituales, emocionales y fisiológicas (Sinay, 2006). “El papel de la terapia es que la persona haga consciente las sensaciones significativas que experimenta, tanto hacia sí mismo, como hacia su entorno, de modo que pueda responder plena y razonablemente a cualquier situación” (Esquivel, 2010, p. 16).

La percepción corporal de la vivencia inmediata, es esencial y lo fundamental es el proceso que se desarrolla aquí y ahora (Sinay, 2006). La base de la Gestalt son el aquí y ahora, la toma de consciencia (darse cuenta) de lo que las personas hacen en sus vidas (Esquivel, 2010).

Oaklander (2001), refiere que cuando se trabaja con un niño, adolescente o un adulto, necesitaremos retroceder y recordar, recuperar, renovar y reforzar algo que alguna vez tuvo cuando bebé y que ahora parece perdido. A medida que comienza a conocer nuevamente su cuerpo, puede reconocer, aceptar y expresar sus sentimientos perdidos (p.58).

El niño tiene que aprender a utilizar sus sentidos, para sobrevivir y para aprender acerca de su mundo (Esquivel, 2010). Aprende que puede hacer elecciones y verbalizar sus deseos, necesidades, pensamientos e ideas (Oaklander, 2001).

## ➤ Fenomenologías

“La terapia Gestalt fue desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial por Fritz Perls y su esposa Laura Perls, consideró que la raíz de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar exitosa y acertadamente las partes de su personalidad en un todo saludable” (Esquivel, 2010, p. 15).

Perls era psicoanalista, sin embargo tenía discrepancias con algunos de los métodos freudianos lo que lo llevaron a crear su propia línea terapéutica (Esquivel, 2010). Por lo que Woldt (2007) refiere que “son muchos los hilos que se entretajan para dar forma a la teoría de la terapia Gestalt y sus métodos” (p. 62), entre los cuales está el psicoanálisis de Freud, Karen Horney y Wilhelm Reich, el existencialismo de Buber y Tillich, y la fenomenología de Husserl (Esquivel, 2010, p. 15).

Woldt (2007) refiere que “el método fenomenológico en la terapia Gestalt es un proceso que busca descubrir cómo las creencias del paciente y la comprensión de su entorno le ayudan a organizar su experiencia” (p. 65).

Para Spinelli (1989) (citado en Woldt, 2007, p. 63), existen tres reglas que operan durante el proceso fenomenológico:

- La regla de la epoché: poner entre paréntesis cualquier verdad o falsedad de todas las interpretaciones de la realidad.
- La regla de la descripción: describir en lugar de interpretar los sucesos.
- La regla de horizontalidad o igualdad: evitar las jerarquías y no suponer que un elemento es más importante que otro.

La preocupación del terapeuta no es saber si el paciente dice la verdad sobre los acontecimientos, si no, comprender los significados que da a las personas y a los acontecimientos de su vida (Woldt, 2007). “El objetivo primordial del proceso

terapéutico es la curación y el crecimiento, y no la verdad absoluta” (Woldt, 2007, p. 65).

La terapia Gestalt es una fenomenología experimental, en donde el terapeuta dirige la atención del paciente al sugerirle que intente algo nuevo o diferente en la sesión y que sé de cuenta de lo que experimenta (Woldt, 2007). El propósito de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de su personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra experiencia (Perls, 2006, p. 20).

“El verdadero propósito de las técnicas de la terapia es fomentar la atención en el darse cuenta y no en fomentar un cambio por medio del comportamiento dirigido” (Woldt, 2007, p. 92).

#### **2.4.1 Métodos y técnicas de la Terapia Gestalt.**

Las técnicas gestálticas trabajan desde el aquí y ahora, enfatizan las sensaciones, buscan que el paciente se dé cuenta de lo que hace para impedirse a sí mismo cumplir con sus necesidades y cierre sus gestalts (Sinay, 2006). Esquivel (2010) menciona que se utilizan principalmente técnicas de juego que permiten la expresión de sentimientos a través de materiales menos estructurados, la narrativa y la imaginación (p. 69).

Para Martín (2013), las técnicas de la psicoterapia gestáltica giran, en torno a las reglas y juegos:

- Técnicas expresivas.
- Técnicas supresivas.
- Técnicas de integración.

Las reglas son muy pocas y facilitan que las relaciones sean más directas, honestas y transparentes (Martín, 2013).

Se emplean ejercicios sensoriales para fomentar la toma de consciencia (darse cuenta) lo que permite al niño estar presente y en contacto con el aquí y ahora; al usar la fantasía y el dibujo, los niños entran en contacto con sus emociones, sentimientos y pensamientos, por lo que se favorece su expresión e integración (Esquivel, 2010).

Las técnicas toman forma de juegos cuya finalidad es hacernos conscientes de nuestros sentimientos, emociones y conductas (los juegos se transforman en técnicas y las técnicas en juegos) (Martín, 2013, p. 158).

➤ **El "darse cuenta" (awareness).**

Para Woldt (2007), "el darse cuenta es el núcleo central de la filosofía y metodología de la terapia Gestalt" (p.82). La toma de conciencia integral sobre lo que "me" pasa (sensaciones físicas, sentimientos, imaginación) y de lo que me pasa en el medio ambiente en el que estoy integrado. El darse cuenta parte de la respuesta a cuatro preguntas clave: ¿Qué estás haciendo?, ¿Qué sientes ahora?, ¿Qué tratas de evitar en este momento? y ¿Qué quiero, qué espero de ti? (Sinay, 2006).

➤ **La "silla vacía".**

Según Sinay (2006), en la "silla vacía" suele remplazarse o representarse por un almohadón, en el que el paciente ubica imaginariamente a cualquier personaje de su vida con el cual tiene una situación inconclusa (¿Quién está aquí?, ¿Qué quieres decirle?, ¿Qué sientes ahora?) (p. 90). Para Martín (2013), "consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en el individuo, y en poner en contacto aquéllas otras que negamos o rechazamos" (p. 159).

Pone en juego un concepto clásico del enfoque gestáltico: el perro de arriba y el perro de abajo. El primero (top-dog) identifica los deseos, necesidades y potencialidades de la persona. El segundo (under-dog) a las excusas, pretextos y obstáculos que ésta se interpone (Sinay, 2006, p. 92).

“Está técnica pone en acción sentimientos y permite encontrarse con situaciones o personajes inconclusos para verlos en el aquí y ahora” (Sinay, 2006, p. 91). También permite al paciente adquirir habilidad para tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro (Martín, 2013).

➤ **El monodrama.**

Consiste en pedirle al paciente que represente a los distintos personajes de una situación inconclusa de su vida, y que vaya cambiando de lugar mientras lo hace, con el objetivo de que tenga una vivencia clara de cada una de sus emociones (este soy yo; ahora soy mi papá; ahora soy mi hermana; ahora soy mi mamá; ahora soy mi abuelo) (Sinay, 2006, p. 92).

“No sólo es posible representar a otras personas, sino también a las propias emociones, u órganos, o necesidades” (Sinay, 2006, p. 93). Al trabajar en la representación de los personajes, las emociones, las abstracciones o las partes de sí, el paciente puede explorar sus polaridades, conocerlas y aceptarlas en lugar de intentar reducirlas a un solo término. “Cada Gestalt que se cierra da lugar a la apertura de una nueva. Así se autorregula el organismo en su relación con el medio. Esto es el principio de homeóstasis” (Sinay, 2006, p. 93).

➤ **Hablarle “al” otro (interpelación directa).**

Sinay (2006), menciona que el terapeuta desalienta aquellas frases que, al no dirigirse al destinatario específico, impiden el contacto emocional. También forma parte de la misma cuestión el no hacer “lectura de mente”, es decir, no proyectar en el otro los propios pensamientos, deseos, temores, fantasías, etc. (p. 95).

Con esto se pretende generar contactos más directos, sin justificaciones, explicaciones, argumentaciones o excusas. Contactos en los cuales lo que es se imponga al como si (lo que “se debería”). Requiere honestidad, con el propósito de

decir lo que se siente, se piensa, se desea, y aceptar lo que se escucha sin juzgarlo (Sinay, 2006, p. 96).

➤ **Hablar en presente y en primera persona.**

“La persona es responsable de sus actos, de sus pensamientos, de sus sentimientos o emociones. A ella le pertenecen. Cuando habla en primera persona toma de consciencia de todo lo que ella es, hace ejercicio de su responsabilidad” (Sinay, 2006, p. 96).

➤ **Terapia de Juego.**

Según Oaklander (2001), “el juego es la forma que adopta en el niño la improvisación dramática. También a través del juego somete a prueba su mundo y aprende sobre él, y por lo tanto, es esencial para su sano desarrollo” (p. 160). El juego y/o juguetes son los medios que le abrirán al terapeuta las ventanas de la vida interior del niño, estos materiales permitirán la expresión de sentimientos y el verbalizar sus descubrimientos y percepciones sobre el qué y el cómo de sus comportamientos (Esquivel, 2010). Así mismo, Oaklander (2001) menciona que a través del juego el niño se desarrolla mental, física y socialmente.

Es su forma de autoterapia, mediante la cual resuelve confusiones, angustias y conflictos. El juego le sirve cómo un simbolismo que sustituye a las palabras, debido a que el niño vivencia muchas cosas en su vida que todavía no puede expresar en lenguaje, y entonces usa el juego para formular y asimilar lo que experimenta (Oaklander, 2001, p. 160).

Los métodos de intervención terapéutica, descritos anteriormente nos ayudan en el tratamiento psicológico de niños y adolescentes con enfermedades endocrinológicas (cómo diabetes, obesidad, entre otras), por lo que en el siguiente capítulo se explicará el área de estudio que se encarga de estos pacientes y sus características.

## 2.5 Endocrinología pediátrica.

La endocrinología es la especialidad médica que estudia las glándulas productoras de hormonas, así como los efectos normales de sus secreciones y los trastornos derivados del mal funcionamiento de las mismas. Las alteraciones en la función endocrina pueden clasificarse como hiper o hipofunción y algunas han adquirido tal relevancia que constituyen en la actualidad algunos de los problemas más importantes de salud pública, tal es el caso de la diabetes y la obesidad (Dorantes, Martínez y Guzmán, 2012).

Los niños que acuden a una consulta de este tipo, se les realiza una historia clínica detallada y una exploración física completa, donde se hace especial hincapié en la determinación del peso, talla e índice de masa corporal (IMC), proporciones corporales, velocidad de crecimiento y desarrollo puberal (Perea y otros, 2014, p. 325). Los endocrinólogos pediátricos se encargan del diagnóstico, tratamiento y supervisión de trastornos hormonales como los siguientes (Dorantes, Martínez y Guzmán, 2012):

- *Sobrepeso / Obesidad.* El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.
- *Diabetes.* Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.
- *Problemas de crecimiento como estatura baja.* Se entiende que un niño tiene problemas de crecimiento cuando el desarrollo de su estatura es menor con respecto a la talla media del sexo y edad a la que el individuo pertenece.
- *Pubertad precoz o tardía.* La pubertad precoz es la pubertad que inicia antes de la edad de siete años en las niñas y de nueve años en los niños (Hernández, 2011). La pubertad tardía es la ausencia de caracteres sexuales secundarios a la edad límite de iniciación de la pubertad normal.



- *Genitales ambiguos / Intersexo*. Aquellos recién nacidos que presentan genitales ambiguos, esto es, sin evidencia clara sobre sexo asignable (Mejías, Duany y Taboada, 2007).

A continuación se expondrán los temas de la Obesidad, la Diabetes y los Trastornos de Diferenciación Sexual, sus características, implicaciones e investigaciones en el tratamiento psicológico.

## **2.6 Obesidad.**

La obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por una proporción excesiva de tejido adiposo, es decir, la existencia de una masa grasa mayor de 10 a 15% del peso corporal en hombres y de 20 a 25% en mujeres (Dorantes, Martínez y Guzmán, 2012). En el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Según datos de la OMS, en el 2014 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal (término que se refiere a estar por debajo del peso que se considera saludable).

La obesidad se ha convertido en el trastorno nutricional más común en los países desarrollados, el incremento en la obesidad pediátrica ha ocurrido como consecuencia de un aumento en la ingesta calórica y una reducción en el gasto energético (Dorantes, Martínez y Guzmán, 2012). La OMS refiere que a menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Además de mayores riesgos futuros, ya que los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

Según Dorantes, Martínez y Guzmán (2012), las consecuencias iniciales más frecuentes de la obesidad infantil son las psicosociales; los niños obesos se tornan blanco temprano y fácil de la discriminación sistemática; son clasificados en el nivel más bajo de las preferencias de amistad entre otros niños y desarrollan una baja autoestima y una autoimagen muy negativa. Korbman (2007) menciona que los niños obesos son rechazados y se convierten fácilmente en objeto de discriminación.

Los adolescentes y jóvenes que son discriminados como consecuencia de su peso y figura, pueden fracasar en el desarrollo de sus competencias y habilidades sociales normales, y tener dificultades para establecer relaciones adecuadas con sus compañeros. Lo que repercutirá en su calidad de vida física, emocional y social. Como consecuencia puede dar lugar al desarrollo de problemas psicológicos, como insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y trastornos de la conducta alimentaria (Torres y otros, 2011, p. 1019).

Para el problema de la obesidad se ha sugerido tratamiento con la terapia cognitivo conductual con el propósito de que el niño o el adolescente reaprendan tanto a saciar su hambre como a aplicar nuevas formas de alimentación. El aprendizaje de nuevas conductas debe ser el objetivo de todo programa de pérdida de peso; y es a través de los principios científicos de la psicología cognitivo-conductual que se ponen en práctica diversos modelos para lograr un reaprendizaje en el sujeto y, con ello, el cambio en la conducta. Otro de los propósitos del tratamiento consiste en descubrir las razones por las que el niño o el adolescente están comiendo en exceso, con la finalidad de que éste aprenda hábitos de alimentación adecuados; además de diferenciar “cuándo tiene hambre verdadera” o “cuándo está involucrando sus sentimientos” (Korbman, 2007).

Torres y otros (2011), mencionan que entre los tratamientos existentes tienen mayor efectividad a largo plazo aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, es decir, un cambio de estilo de vida. La modificación de estos hábitos alimentarios requiere el uso de técnicas psicológicas específicas como las incluidas en la psicoterapia cognitiva conductual (p. 1019).

De igual manera, Perea y otros (2014), refieren que la modificación del estilo de vida por medio de la terapia cognitivo conductual, se ubica como la estrategia terapéutica más resolutiva en niños, adolescentes y adultos obesos; es más efectiva y segura para lograr la pérdida de peso. Útil y con impacto positivo para retardar la presentación de comorbilidades y disminución del riesgo de complicaciones; busca promover la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables, fundamentalmente una alimentación sana, equilibrada y actividad física regular (p. 327).

Martos y otros (2010), describen que la terapia cognitivo conductual ha mostrado disminuciones moderadas en el IMC en adolescentes con obesidad a corto plazo. También se ha demostrado efectivo en la reducción del IMC en el tratamiento

grupal, con promoción de un estilo de vida saludable y técnicas conductuales. Sin embargo, estos mismos autores refieren que los estudios con programas multidisciplinares (dieta, ejercicio físico e intervención conductual) han tenido mejores resultados en el tratamiento de la obesidad infantojuvenil que los programas con una única intervención, especialmente si hay implicación familiar.

En una revisión bibliográfica que realizó Díaz (2008), apoyó la importancia de la psicoterapia, ya que se mostró que la terapia cognitivo conductual es efectiva en el contexto de grupos junto a la psicoterapia conductual a largo plazo. Así mismo, Rodríguez y otros (2014), realizaron un estudio donde se planteó la utilización de la terapia cognitivo conductual (TCC) en el manejo integral de la obesidad, lo que implicó la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos, nutriólogos y licenciados en educación física y deporte. El propósito de la TCC fue iniciar y mantener un proceso que permita identificar y resolver los problemas relacionados con el hábito de comer en exceso y de la falta de ejercicio, así como determinar si la eliminación o reducción de estos factores resulta en conductas más apropiadas para la incorporación de un estilo de vida saludable, proceso en el que el sujeto mantiene un rol activo y propositivo en la solución de los problemas. Los hallazgos mostraron la eficacia de la TCC en el logro de una mayor adherencia y menor deserción a las indicaciones de dieta y ejercicio en adolescentes con obesidad.

Según Sámano (2011), 8 de cada 10 pacientes que inician un tratamiento para bajar de peso lo abandonan antes de concluirlo, debido a expectativas irreales, periodos vacacionales, estilos de vida incompatibles con la dieta y estrés. Para fomentar la adherencia es necesario un cambio en la conducta en el paciente con exceso de peso, y ha sido estudiado por diferentes profesionales de la salud.

La psicología aborda el problema desde diferentes enfoques terapéuticos, entre ellos la terapia cognitivo conductual, la entrevista motivacional (EM) y, en menor medida la terapia breve centrada en soluciones (Lafuente, 2011).

La terapia cognitivo conductual ha tratado el sobrepeso y la obesidad con resultados prometedores, como en la disminución del IMC y en la forma de alimentación (Rosa y Rausch, 2011). La EM constituye un modelo centrado en el cliente, aunque tiene un carácter directivo, aumenta la motivación intrínseca para el cambio de conducta por medio de una reflexión empática y autónoma del paciente. La EM opera bajo 5 principios: expresar empatía, crear una discrepancia, evitar la confrontación, dar un giro a las resistencias y fomentar la autoeficacia. Utiliza estrategias como realizar preguntas abiertas, la escucha reflexiva, las afirmaciones directas, realizar resúmenes y proporcionar frases automotivadoras (Miller y Rollnick, 2012).

La terapia breve centrada en soluciones cognitiva conductual busca que las personas amplíen las excepciones, esto es, los momentos en que el problema no se presenta por hacer algo opuesto, por hacer menos de lo que no funciona o bien por hacer algo totalmente nuevo, apoyándose para esto en intervenciones específicas cognitivo conductuales de acuerdo al análisis funcional específico de la conducta de los pacientes. Se enfoca en las fortalezas de las personas más que en sus debilidades, y además trabaja con todas las personas involucradas en el problema por medio del paciente (Beyebach, 2013).

Las principales estrategias de la terapia breve centrada en soluciones son la proyección a futuro (pregunta milagro), el trabajo con excepciones y la pregunta escala de avance. La primera estrategia permite crear una expectativa de solución en el paciente, la segunda hace referencia a las ocasiones en las que no se presenta la conducta problemas y la tercera consiste en evaluar el cambio subjetivo de bienestar asignando un número, lo que permite evitar las respuestas dicotómicas; además, permite ampliar y atribuir control (locus de control interno) a las respuestas del cliente de tal manera que se clarifiquen los cambios (De Shazer, 2004).

Uno de los más grandes retos en el tratamiento del sujeto con obesidad es poder lograr cambios conductuales a largo plazo que permitan incrementar el gasto energético y disminuir el consumo de energía. El objetivo de la terapia conductual, es lograr cambios conductuales por medio de la autorregulación. Numerosos estudios han demostrado que esta habilidad se encuentra disminuida en los pacientes con obesidad: resistir la tentación en una ocasión hace más difícil poder resistirla en una segunda, esto obliga al paciente a enfrentar situaciones emocionales difíciles e implica la supresión de pensamientos y emociones (Dorantes, Martínez y Guzmán, 2012).

En un estudio experimental realizado por Torres y otros en el 2011, administraron una intervención con terapia cognitivo conductual a 40 pacientes obesos en conjunto con la fisioterapia estética (presoterapia); el objetivo primario de la terapia conductual fue mejorar los hábitos de alimentación (qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer) y los niveles de actividad físicos. Las características desarrolladas mediante la intervención fueron el auto-monitoreo, control del estímulo, flexibilidad en el programa de alimentación, reestructuración cognoscitiva, relaciones interpersonales y manejo del estrés, recompensas, cambios de actitud al comer y prevención de recaídas. Se administró una vez a la semana y en cada sesión de terapia se trabajaron diez minutos cada una de las características descritas.

La presoterapia es una técnica de fisioterapia estética que mejora la circulación veno-linfática, incrementando el drenaje de líquidos y toxinas, relajando la musculatura; se administró al finalizar la sesión de terapia cognitivo conductual durante 30 minutos. Los resultados de esta intervención facilitaron la pérdida de peso a personas obesas, al mismo tiempo que se proporcionaron a los sujetos habilidades para manejar diversas señales de alimentación excesiva, corregir el régimen dietético y su actividad física.

Según Torres y otros (2011), esta estrategia terapéutica tuvo como objetivo la pérdida de masa-grasa e impedir la recuperación de la misma, a través de modificaciones del estilo de vida, llevando una alimentación sana y aumentando la actividad física. Los individuos informaron que tras la intervención tienen un mayor control de la conducta ante determinadas situaciones como la preparación de alimento y modificaciones en los hábitos de actividad física, rutinaria y estructurada. La pérdida de peso disminuye significativamente mediante la incorporación del componente cognitivo-conductual.

Del mismo modo, Candelaria, García y Estrada (2016), realizaron otro estudio con el objetivo de evaluar los resultados de una intervención para aumentar la adherencia terapéutica en mujeres con sobrepeso y obesidad por medio de la entrevista motivacional y la terapia breve cognitiva conductual centrada en soluciones, la cual estuvo conformada por 8 sesiones, de las cuales 2 (la primera y la última) se trabajaron con entrevista motivacional y 6 con terapia breve centrada en soluciones, los temas de las sesiones fueron análisis funcional, hábitos de salud, autoestima (seguridad e imagen corporal), asertividad y apoyo social. Los resultados muestran que con la intervención la adherencia tiende a aumentar de manera moderada, y sin intervención psicológica la adherencia disminuye. Por lo que los autores recomiendan complementar el programa nutricional con el apoyo psicológico a fin de alcanzar mejores resultados.

Por otra parte, Márquez y otros (2008), mencionan que las teorías de cambio de comportamiento se han utilizado como tratamiento para ayudar a los individuos a desarrollar una serie de habilidades para lograr un peso saludable. Las teorías de cambio de comportamiento están centradas en el comportamiento actual, particularmente con el propósito de aumentar el gasto de energía y reducir la ingesta; los resultados de diversos estudios sugieren que este tipo de tratamiento puede producir pérdidas de peso de 8-10% durante los primeros 6 meses de intervención.

En contraste, intervenciones menos intensas, mediante terapia mínima o sin terapia, producen pérdidas de 1 a 5 kg en 6 meses. El principal problema es la recuperación del peso perdido después de que el tratamiento termina; en promedio, un año después de terminar el tratamiento, los individuos ganan del 30% al 35% de la pérdida de peso; por lo tanto, el cambio de comportamiento, así como la alimentación y la actividad física, relacionados con la pérdida de peso exitosa y su mantenimiento, puede lograrse en procesos a largo plazo (mayores de 1 año) (Márquez y otros, 2008, p. 2).

Siguiendo con los mismos autores, para el logro a largo plazo de la modificación del estilo de vida y el mantenimiento de un peso corporal saludable es necesaria la aplicación de la mayoría de las estrategias de la teoría de cambios de comportamiento de la Teoría Cognitiva como el automonitoreo, el establecimiento de metas, la adquisición de habilidades para solución de problemas, prevención de recaídas y la búsqueda de apoyo social, principalmente en el ámbito familiar.

## **2.7 Diabetes.**

La diabetes se define como un estado causado por una deficiencia absoluta o relativa en la producción o acción biológica de la insulina (Islas y Lifshitz, 1993). Bilbao y otros (2014), la definen como un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por una hiperglucemia (aumento de azúcar en sangre), debido a una secreción defectuosa de insulina o resistencia a la acción de la insulina o ambas. La insulina es una hormona segregada por las células  $\beta$  del páncreas que permite que la glucosa que se encuentra en la sangre se introduzca en la célula para que ésta pueda, posteriormente, metabolizarla y obtener energía para el organismo (Bilbao y otros, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014, menciona que es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las



proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos. Se conocen dos tipos de diabetes:

- Diabetes de tipo I.

La OMS menciona que la diabetes de tipo I generalmente se presenta en la niñez o la adolescencia y los pacientes necesitan inyecciones de insulina durante toda la vida. El objetivo global del tratamiento es disminuir las concentraciones sanguíneas de glucosa a los límites normales para aliviar los signos y síntomas y prevenir o posponer la aparición de complicaciones. Además de dar educación al paciente sobre la vigilancia para reconocer los signos y síntomas de la hipoglucemia (como hambre, palpitaciones, temblores, sudores, somnolencia y mareo), la hiperglucemia y la educación del paciente en materia de dieta, ejercicio y grupos de apoyo dirigidos por los propios enfermos e implicación de la comunidad. Actualmente no hay cura para la Diabetes tipo I, sin embargo, los pacientes con dicha enfermedad pueden vivir con una buena calidad de vida si manejan la enfermedad adecuadamente (Machado, Anarte y Ruiz de Adana, 2010).

- Diabetes de tipo II.

La diabetes de tipo II según la OMS, aparece por lo general en la vida adulta y está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación malsana. Es la forma más común de diabetes (alrededor del 90% de los casos en el mundo) y el tratamiento puede consistir en cambios del modo de vida y baja de peso, medicamentos orales o incluso inyecciones de insulina.

Padecer una enfermedad crónica, como la diabetes, tiene una serie de repercusiones físicas y, también, algunas repercusiones psicológicas (Bilbao et al., 2014).

Jiménez y Dávila (2007), mencionan que inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tal cómo coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

“El estrés emocional y psicológico que experimenta la persona con diabetes puede convertirse en el peor obstáculo para el manejo de su condición; una diabetes poco controlada puede producir respuestas psicológicas negativas que pueden exacerbar la enfermedad” (Jiménez y Dávila, 2007, p. 133).

Elementos como las restricciones dietéticas, el control de la glucemia, los cuidados al organismo y la necesidad de mantener una vida saludable, actúan como fuentes generadoras de estrés en los sujetos con diabetes, que pueden llegar a ocasionar inestabilidad emocional, dificultades en la comunicación y en el contacto social (Zúñiga et al., 2009).

Vivir con diabetes incluye un grupo variado, y a veces difícil, de retos en varias áreas cómo modificar modos y estilos de vida, identificar indicadores emergentes de crisis de salud, comprender los aspectos básicos de la enfermedad y sus causas para favorecer la adhesión a esquemas de tratamiento médico (Ledón, 2014).

En general, la diabetes se ha convertido en un problema serio de salud pública que va en aumento tanto en la población de edad avanzada como en niños y adolescentes, donde el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y trascurso de la enfermedad. Esto es cierto más aún para la diabetes, ya que ésta requiere que el paciente realice múltiples tareas de autocuidado diariamente, las cuales dependen del conocimiento y la motivación del paciente por realizarlas. En cambio, no realizarlas puede llevar al paciente a sufrir complicaciones médicas, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa y temor (Jiménez y Dávila, 2007).

Según Rubin (2000), algunos factores que podrían tener un impacto psicológico y afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiperglucemia (cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor), que pueden afectar el funcionamiento psicosocial y ocupacional.

Algunas características que pueden presentar los pacientes con diabetes al sentirse abrumados por esta enfermedad y por la frustración de la carga del autocuidado, pueden interferir con el cuidado y el control de ésta; cómo la preocupación de que no se está cuidando lo suficientemente bien, reconocer que el cuidado es importante para su salud, pero no tener la motivación para hacerlo, dejar algunos aspectos del cuidado (cómo monitorearse menos, no asistir a citas regulares con el médico, descuidar la dieta), sentirse con coraje y frustración hacia la diabetes, sentir que la diabetes está controlando su vida y decirse a sí mismo que el manejo no es tan importante o que no va a hacer diferencia en el futuro (Jiménez y Dávila, 2007).

Al analizar las repercusiones de la diabetes sobre los procesos de vida también deben considerarse aspectos como las funciones de las redes sociales y de apoyo, los roles, las funciones y posiciones del sujeto dentro de sus grupos de pertenencia

(la pareja, la familia, la comunidad, los grupos sociales en los que se inserta), la accesibilidad, la vinculación, la dinámica y la comunicación con los procesos e instituciones de salud, las influencias de los procesos educativos, culturales y sociales que recibe, en especial, aquellos con efectos sobre la salud, los temas existenciales relacionados con sus perspectivas de vida, de desarrollo y crecimiento humano, entre muchos otros. Las repercusiones y procesos psicosociales relacionados con la experiencia de vivir con diabetes mellitus constituyen un campo de gran importancia para los procesos de salud y su intervención (Ledón, 2015).

A su vez, Jiménez y Dávila (2007), refieren que la prolongación de la vida de personas con diabetes conlleva que se preste mayor atención no solo a ajustar el tratamiento al estilo de vida del paciente para mejorar su calidad de vida, sino también al impacto psicológico de la condición y a aquellas conductas que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento.

La psicología clínica es un campo que tiene mucho que aportar a la prevención y al tratamiento de la diabetes. El objetivo terapéutico principal frente a la diabetes es el logro del control metabólico estable y sistemático a través del cumplimiento de los tratamientos indicados, el sostenimiento de cuidados de salud que involucran hábitos, modos y estilos de vida, y la prevención de complicaciones (Ledón, 2014). Aunado a esto, López (2001) expresa que la intervención psicológica en el tratamiento de la diabetes se centra en el intento de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

De tal manera que el psicólogo puede intervenir en evaluaciones iniciales y en el continuo cuidado de un paciente prestando atención a múltiples áreas como el manejo y aceptación del diagnóstico; manejo de las complicaciones; establecimiento de metas apropiadas y alcanzables; factores culturales, educativos, económicos y de estilo de vida; identificación y manejo de conductas de alto riesgo (uso de tabaco, alcohol, control de natalidad); manejo de dificultades

en la adherencia con el tratamiento; y en lo concerniente a desórdenes mentales y su tratamiento (Gatchel y Oordt, 2003). Por esto el apoyo psicológico al paciente de diabetes a lo largo de su enfermedad es importante para prevenir y/o minimizar el impacto que puede generar frustración en su salud y bienestar (Jiménez y Dávila, 2007).

En la actualidad, la mayoría de los tratamientos educacionales usa técnicas tales como psicoeducación, prescripción de plan alimentario y actividad física, auto-monitoreo, control de estímulos, conductas alternativas, reestructuración cognitiva o apoyo social; pero, no solamente se emplean programas educacionales, sino que se estudian múltiples variables psicológicas.

Existen actualmente teorías y modelos específicos que abordan la adherencia terapéutica, postulando y estudiando diversas variables, cómo la Teoría Social Cognitiva, el Modelo de Creencias en Salud o el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. No obstante, hay que insistir en la importancia de que el paciente conozca su enfermedad y aspectos relacionados con su prevención, por ello resulta razonable continuar con la búsqueda de procedimientos eficaces para generar conocimiento, que pueda incorporarse en hábitos de salud (Rodríguez, Rentería y Rodríguez, 2016).

En un estudio de Riveros y otros (2005), examinaron los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar en un grupo con 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas; encontraron mejoras clínicas y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los principales beneficios se observaron en los niveles de su glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. Así mismo, mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

De modo que, la mayoría de las intervenciones tienen un impacto en múltiples variables como el automanejo, el empoderamiento, el control glucémico, la calidad de vida, la autoeficacia, las destrezas de afrontamiento, el manejo del estrés, el bienestar emocional y los desórdenes psicológicos como la depresión. De igual forma, las intervenciones que fomentan la participación y colaboración activa del paciente producen efectos más favorables en el control glucémico y la pérdida de peso que las intervenciones didácticas (Jiménez y Dávila, 2007).

Sin embargo, para los niños y adolescentes, la diabetes puede ser una enfermedad muy restrictiva, pero a medida en que se comprende mejor, se vuelve menos limitante. El aprendizaje no sólo implica el conocimiento, también implica habilidades y actitudes. Las habilidades incluyen las cosas que los diabéticos deben aprender a hacer para controlarla y las actitudes son la forma en que los diabéticos piensan de sí mismos y de su enfermedad (López, 2001).

Ledón (2015), en su artículo apoya la relevancia de considerar aspectos como el género, la educación y los significados construidos a partir de la repercusión de la enfermedad, como posibles elementos de vulnerabilidad y/o protección psicosocial en la diabetes. Por su parte, Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016), evaluaron cambios en la dieta y en otras medidas en pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico educativo. Utilizando un diseño pre-test post-test, aplicaron un taller para que 120 pacientes diabéticos adquirieran conocimientos sobre diabetes y nutrición. Los datos encontrados indicaron que el taller tuvo un efecto positivo sobre la forma en que los participantes se alimentaban, así como mejoras en medidas que apoyan estos cambios, tales como el peso corporal, el IMC y los niveles de glucosa en la sangre.

Además, se encontraron cambios en todas las variables evaluadas, aunque no se logró una adherencia de 100% a la dieta recomendada, debido a que los pacientes continuaron excedidos en su ingesta de grasas y bajos en la de verduras. Por lo que los autores sugieren seguir estudiando estrategias que permitan trascender

del conocimiento teórico a conductas específicas saludables, así como buscar estrategias para incrementar el consumo de vegetales, partiendo de que los hábitos y gustos se aprenden en un contexto cultural y familiar.

A su vez, Lancheros, Pava y Bohórquez (2010), afirman que la educación nutricional permite promover y mejorar la adherencia al tratamiento, ya que los conocimientos son básicos para la promoción de nuevos comportamientos y la falta de ellos es una barrera para la adherencia.

La educación es piedra angular en la prevención, atención y tratamiento de la diabetes mellitus; promueve efectos positivos en la salud de los enfermos y sus familiares a través del conocimiento, con la finalidad de prevenir o retardar las complicaciones de la diabetes, por lo que ningún grupo etario debe ser excluido de este beneficio. La estrategia educativa tiene un efecto benéfico sobre variables metabólicas y favorece cambios en el estilo de vida (Arana et al., 2016). Habría que decir también, que la comunicación es fundamental para los propósitos educativos y para lograr indicadores positivos de salud en personas con diabetes mellitus (Ledón, 2014).

Jiménez y Dávila (2007), mencionan que el propósito principal de los programas de entrenamiento en automanejo de la diabetes es maximizar el conocimiento sobre las destrezas, la autoconciencia y el sentido de autonomía y confianza en el paciente para que éste pueda hacerse cargo de su salud. Aun cuando la comunidad científica y los profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de esta patología, todavía la posición del psicólogo no ha sido integrada activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas clínicas y hospitales, sin embargo, este tratamiento intensivo requiere que los profesionales de la salud inviertan mayor tiempo y esfuerzo en educar y ofrecer seguimiento al paciente.

La preparación en ciencias de la conducta de un psicólogo lo hace un consultor idóneo para integrar estas recomendaciones a las intervenciones que se realizan con los pacientes de diabetes.

Por otra parte, la forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes es muy importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico (Jiménez y Dávila, 2007).

El diagnóstico inicial de diabetes puede tener un impacto significativo emocional en la persona que lo recibe, y su reacción muchas veces se va a ver afectada por múltiples variables como su personalidad, en cómo se presenta la información, el historial familiar de diabetes y mitos o información contradictoria que tiene la persona acerca de la diabetes (Edelwich y Brodsky, 1998).

Las reacciones iniciales también tienden a diferir según el tipo de diabetes, las personas con Diabetes Mellitus Tipo I, por lo general son diagnosticadas por una crisis médica (cetoacidosis), lo cual tiene un impacto significativo en términos de la percepción de la salud y la urgencia con que se tiene que comenzar el tratamiento, por otro lado, la Diabetes Mellitus Tipo II, se diagnostica en visitas al médico rutinarias, o por quejas somáticas (cómo cansancio o visión borrosa) y la percepción del paciente sobre la seriedad del diagnóstico puede ser menor por la menor severidad de los síntomas y el tratamiento menos invasivo (cómo las inyecciones vs. medicamentos) (Jiménez y Dávila, 2007).

Por su parte, López (2001) indica que el modo de reaccionar ante la diabetes varía mucho de unos niños a otros. Al tratarse de un padecimiento crónico, que impone muchas limitaciones y que antes o después suele generar graves complicaciones, ya que la enfermedad se convierte en el centro de la existencia de la persona diabética.



Tras el diagnóstico de diabetes, uno de los primeros aspectos que pueden deteriorarse es la imagen de sí mismo, donde la autonomía se ve impactada, esto se debe a que las personas se identifican como enfermas, con barreras y pérdida de control respecto a sus vidas, debido a los cambios que tienen que realizar a partir del diagnóstico; así mismo, afecta la relación padre-hijo, con consecuente dependencia e inseguridad. De igual forma el rechazo de la enfermedad, suele conllevar, como una de las consecuencias más preocupantes la falta de compromiso del menor para cumplir con las indicaciones médicas y la inadaptación de sus hábitos de vida a la nueva situación (Ventura, Pacheco y De Luca, 2015).

Por otro lado, Novales y otros (2015), sugieren a los familiares y médicos que trabajan en las instituciones de salud con los escolares con diabetes mellitus tipo I, profundizar en el tratamiento de los casos con baja autoestima, resaltar los logros que vayan alcanzando los niños en la escuela y en el manejo independiente de su enfermedad, vincularlos al mayor número de actividades posibles dentro de la escuela (siempre y cuando no afecten su salud) y promover otros espacios en los que puedan relacionarse con sus compañeros.

Se les debe transmitir seguridad, independencia y confianza respecto al manejo de la enfermedad en el entorno familiar, para que la asuman como parte de su vida y no como una limitante. Es importante crear espacios grupales en la consulta, en los que se les ilustre a los niños la importancia de una alimentación sana para el logro de un desarrollo saludable.

En la investigación realizada por Ventura, Pacheco y De Luca (2015), determinaron el nivel de autoestima en 22 niños diabéticos, que han recibido apoyo psicológico por más de un año. Los hallazgos obtenidos en esta investigación expresan que la diabetes mellitus tiene una influencia directa significativa en la autoestima del niño, tanto a nivel individual y con el grupo primario de apoyo, como los padres, familiares y compañeros de escuela. Identificaron que la diabetes afecta la

autoestima en los niños en el mismo grado que puede afectarse por una alteración psicológica, sea emocional o de comportamiento.

Lo cual invita a investigar factores determinantes y la percepción que lleva consigo una baja autoestima en niño diabéticos. Por lo anterior es importante el apoyo psicológico en un equipo multidisciplinario, ya que esto favorece una intervención integral y de calidad al paciente infantil con diabetes.

Mientras tanto, Bilbao y otros (2014), presentaron un estudio en donde investigaron el autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes pediátricos diabéticos, con aspectos ligados a las dimensiones del autoconcepto (física, social, familiar, intelectual, personal y la sensación de control) y de la adaptación al proceso de enfermedad (valoración de la severidad de la enfermedad, barreras para el cumplimiento del tratamiento, conducta de salud, molestias asociadas a la enfermedad, repercusión psicológica) de los niños y adolescentes diabéticos. Los resultados mostraron cómo aproximadamente el 50% de niños y adolescentes con diabetes tipo I presentan un autoconcepto bajo en la mayoría de las dimensiones estudiadas, destacando cómo cerca del 30% de los niños estudiados muestran un autoconcepto muy bajo.

Por otro lado, la mayoría de los sujetos (más del 90%) presentaron una conducta poco adaptativa ante su enfermedad, lo que suponía una mayor presencia de barreras en el cumplimiento de la enfermedad, juzgando más su enfermedad como algo serio y de consecuencias graves para su calidad de vida, presentando una peor conducta de salud, con más frecuencia tenían molestias relacionadas con la diabetes y estando psicológicamente más afectados.

Por lo que los autores señalan la importancia de la puesta en práctica de actuaciones psicológicas específicas que ayuden a prevenir elementos significativos de riesgo para el desarrollo futuro de los niños diabéticos (como son

la existencia de un bajo autoconcepto) y que contribuyan a un mejor ajuste a su enfermedad.

El autoconcepto juega un papel muy importante en el ajuste de una enfermedad crónica en los niños y adolescentes. Todo el régimen de tratamiento que tiene que seguir un niño y adolescente diabético puede impactar de manera negativa en la configuración de su identidad.

A su vez, López (2001) señala que no existe una personalidad típica del diabético, ni un esquema definido de su desarrollo psicológico, pero se han visto problemas emocionales en el niño que la presenta. La diabetes como una enfermedad crónica, tiene efectos sobre el desarrollo de la personalidad del niño. El impacto de la diabetes sobre la propia imagen afecta la comprensión y el manejo de la situación de acuerdo con las etapas de desarrollo del niño y la participación de los padres.

La diabetes mellitus tipo I se presenta frecuentemente entre los 4 y 6 años, y los 12 y 14 años de edad. Estas edades coinciden con el desarrollo emocional, superación de angustias básicas y generación de la autonomía e individuación del niño respectivamente (Zúñiga et al., 2009).

La etapa escolar abarca de los 6 a los 11 años de edad, en donde el niño puede sentirse diferente en comparación con sus pares, y puede tratar de ocultar el hecho de estar enfermo manteniendo en secreto la enfermedad. La diabetes influye en el desarrollo social del niño ya que es la etapa en la que el niño se relaciona más con sus compañeros y quiere parecerse a ellos, el niño diabético podría sentirse muy diferente a ellos y por lo tanto no interactuar adecuadamente.

En la preadolescencia, alrededor de los 11 años, el niño está muy interesado en su cuerpo y no logra su independencia, busca aprobación y al mismo tiempo niega la existencia de la diabetes. Por estas razones, en esta etapa es de vital

importancia autorresponsabilizarse de su tratamiento insulínico y de monitoreo. El surgimiento de problemas posteriores puede estar causado por una pobre relación entre padres e hijos así que la supervisión también debe de estar encaminada a la dieta y al ejercicio (López, 2001).

Aun cuando la diabetes insulínica independiente incide en el bienestar psicosocial del paciente, lo contrario también es cierto, los factores psicológicos afectan el manejo de la diabetes; las demandas interrumpidas, inconveniencias y frustraciones del tratamiento y la amenaza de una temprana incapacidad o muerte imponen una tremenda carga al paciente diabético y a su familia.

Los pacientes deben luchar continuamente para lograr un equilibrio entre las demandas de su vida diaria y las del régimen de su tratamiento, para ayudar a los pacientes a enfrentar con éxito la diabetes en las situaciones de la vida real, el equipo de atención a la salud debe de considerar el horario de actividades diarias del paciente, su forma de vida y la etapa de desarrollo, al tomar decisiones de manejo y establecer las metas del tratamiento (ADA, 1994).

Ahora bien, la diabetes es una enfermedad crónica, y esa cronicidad no sólo afecta al paciente, sino que también afecta a la familia y a todos cuantos le rodean. El diagnóstico de la diabetes mellitus provoca reacciones emocionales que afectan a toda la familia y llegan a alterar todo su sistema y su dinámica. Tanto los padres como los hermanos y pacientes reaccionan de forma similar (López, 2001).

Por lo cual, es importante la valoración de la familia de un niño con una enfermedad crónica, puesto que se moviliza emocionalmente como un todo y puede afectarse su relación con el entorno natural y sociocultural. Cuando se trabajan y analizan los problemas que afronta la familia, no pueden ser olvidados los subsistemas familiares que sufren ante la presencia de un niño enfermo. Tanto los padres como pareja y los hermanos, hacen sus crisis, entre ellos y con el

paciente, al tomarlos en cuenta se logra canalizar una mejor actitud ante la situación inesperada (Pirela, Toro y Cubillán, 2015).

Así mismo, Ventura, Pacheco y De Luca (2015), refieren que la diabetes tiene un impacto negativo y trae efectos psicosociales devastadores para el niño y su familia. La incertidumbre que viven sobre el futuro del niño hace que la madre adopte conductas de sobreprotección, se presentan cambios en la familia en la que deben reorganizar horarios, formas de alimentación, visitas frecuentes al médico y la progresiva lucha por la adherencia al tratamiento, que por lo general incluye la aplicación de insulina y múltiples mediciones de los niveles de glucosa por semana.

Esto provoca una disminución en la autoestima que puede manifestarse como estrés, ansiedad, vergüenza, culpa, depresión. La actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes que tienen sus hijos es en gran medida negativa, se observa que en el componente cognitivo los padres presentan conocimientos mínimos o inadecuados trayendo como consecuencia un mal desenvolvimiento ante la problemática. En referencia al componente afectivo, se presentan carencias muy significativas que muestran el desagrado, incomodidad y desmotivación. En relación al componente conductual, existe una inadecuada disposición para informarse de la enfermedad y poca inclinación a conversar con los especialistas sobre el tema.

La enfermedad desencadena una crisis familiar y se recomienda apoyar o abordar desde la orientación personal/familiar a los padres través de talleres, encuentros, desde una perspectiva psicoeducativa, que permita fortalecer la actitud de los mismos y de esta manera alcanzar la potencialización de la familia desde una visión desarrollista y preventiva.

En cuanto al nivel de información que manejan sobre los efectos que produce la enfermedad se considera que están en una categoría media. Las creencias que

manejan los padres se familiarizan con ausencia de información, desconocimiento de las previsiones y limitaciones, poco conocimiento acerca de la enfermedad e ideas no tan claras sobre los efectos de la enfermedad (Pirela, Toro y Cubillán, 2015).

Santamaría (2003) menciona que los padres medianamente están de acuerdo a conversar sobre la enfermedad de sus hijos, para conseguir que los enfermos, específicamente con diabetes y sus familiares desarrollen un mejor control sobre la enfermedad, es necesario que mantengan conversaciones que permitan mejorar sus conocimientos sobre la misma, aumentando el nivel de aceptación y mejorando sus habilidades en la práctica de los autocuidados necesarios para llegar a ser lo más autosuficientes posibles.

La influencia de los padres a través de su actitud hacia la enfermedad que padecen sus hijos puede tomarse de manera positiva o negativa y las relaciones interpersonales, afectivas y comunicacionales que estos reflejan influyen muy marcadamente en el comportamiento del niño frente a su enfermedad.

Sin embargo, en muchas familias donde hay niños insulino dependientes, existe la posibilidad de encontrar padres cargados de sentimientos, de culpabilidad, depresión, acusándose mutuamente por “causar” esta enfermedad, desperdiciando su valiosa energía emocional en inútiles discusiones que dañan las relaciones familiares. De allí que, una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran y sobre todo en el caso de la aparición de una enfermedad considerada crónica, adquiriendo singular importancia la orientación, la psicología, la educación y otras profesiones de ayuda, para atender no sólo desde el punto de vista físico sino desde el aspecto socio educativo y psicológico (Pirela, Toro y Cubillán, 2015).

Aunque hay algunos estudios que sugieren que el apoyo familiar tiene un impacto en la patología, el rol de la familia en su automanejo no ha recibido mucha

atención. Esto sugiere la necesidad de investigación en esta área, particularmente debido al hecho de que en muchas culturas, como la latinoamericana, la familia tanto nuclear como extendida se involucra más en la vida cotidiana del paciente que en culturas como la anglosajona (Jiménez y Dávila, 2007).

Se recomienda apoyar o abordar desde la orientación personal/familiar a los padres a través de talleres, encuentros, desde una perspectiva psicoeducativa, que permita fortalecer la actitud de los mismos y de esta manera alcanzar la potencialización de la familia desde una visión desarrollista y preventiva (Pirela, Toro y Cubillán, 2015).

Por todo lo descrito anteriormente, es importante que el niño con diabetes perciba su enfermedad como parte de la vida, y no como una limitante que constantemente le impone restricciones.

Esto ayudará a que acepte la enfermedad y aprenda a vivir con ella para el logro de un adecuado desarrollo biopsicosocial (Novales et al., 2015). Hay que mencionar, que el grado en que los pacientes se ajusten al proceso de enfermedad influirá en el grado de responsabilidad que adquieran respecto al manejo de su enfermedad y el dominio de las distintas destrezas que ello implica. En el caso de la diabetes, se requiere un reajuste en el estilo de vida del paciente que, frecuentemente, manifiesta una inadaptación psicológica y social, que puede incidir negativamente en la adhesión al tratamiento y, por tanto, en el control metabólico según Portilla del Cañal y Jo en 1995 (citados en Bilbao et al., 2014).

Por otra parte, hay que considerar que en México, la implementación de programas educacionales para el paciente diabético corre a cargo de las Instituciones públicas de salud y enfrenta limitaciones importantes que van desde la falta de espacios físicos, hasta el bajo nivel educativo y económico de los pacientes. No existen recursos para educar masivamente, por ello es importante diseñar estrategias educativas y evaluar cualitativa y cuantitativamente los cambios generados en las

prácticas alimentarias de los pacientes, dado que constituyen el pilar del control metabólico (Rodríguez, Rentería y Rodríguez, 2016).

Así mismo, la complejidad de la educación terapéutica y del trabajo en equipos de salud, ha desembocado, necesariamente, en la necesidad de organizar la atención médica de estas personas de una manera tal que ellas puedan recibir, en diferentes etapas de su vida, una secuencia organizada de conocimientos que los capaciten para enfrentar con éxito esta compleja enfermedad crónica (Díaz, 2016).

Teniendo en cuenta que no bastan las instrucciones e información, sino la atención y seguimiento cuidadoso y detallado de todos aquellos factores que pueden estar obstaculizando el mayor bienestar que podrían tener en sus condiciones particulares (Riveros et al., 2005).

En vista de que los psicólogos están comenzando a jugar un rol integral en ayudar a las personas a modificar su conducta, para así prevenir y reducir el riesgo de enfermedades, particularmente las crónicas como la diabetes (Jiménez y Dávila, 2007), podemos concluir que los aportes de la psicología al campo de la diabetes mellitus han sido numerosos y especialmente útiles, pero aún es insuficiente la aplicación de la perspectiva transdisciplinaria y de los determinantes sociales de la salud.

Muchas contribuciones tienden a centrarse en aspectos específicos (el estado emocional, la depresión, la adhesión al tratamiento, la aplicación de programas educativos, entre otros); mientras, el análisis contextualizado y biopsicosocial de los procesos de vida y de salud de personas con diabetes continúa (Ledón, 2015).

Sin embargo, muchos médicos aún no reconocen la importancia y la efectividad de las intervenciones psicosociales con esta población, por lo cual se resisten a apoyar los esfuerzos en esta área. En adición, los profesionales de la salud (dietistas, enfermeras, educadores) frecuentemente no se sienten cómodos



realizando intervenciones conductuales por la falta de entrenamiento en ese aspecto. Por dicha razón, los psicólogos deben ser parte integral del equipo multidisciplinario que trabaja con los pacientes con diabetes para servir tanto de apoyo a los pacientes, como a los profesionales que trabajan con ellos (Jiménez y Dávila, 2007).

## **2.8 Trastornos de la Diferenciación Sexual.**

Los trastornos de la diferenciación sexual constituyen un grupo complejo de entidades y síndromes. El término estados intersexuales hace referencia a aquellos recién nacidos que presentan genitales ambiguos, esto es, sin evidencia clara sobre sexo asignable (Mejías y otros, 2007).

Agramonte (2006), menciona que la intersexualidad ha sido definida como un estado de origen prenatal, en el que la diferenciación embrionaria y/o fetal del sistema reproductor falla en su terminación enteramente femenina o masculina. Cuando una persona presenta rasgos biológicos simultáneamente femeninos y masculinos, es decir, una anatomía sexual o reproductiva que no se ajusta a las categorías sexuales típicas, socioculturalmente establecidas de varón o mujer, se les categoriza como intersexo. La determinación del sexo y asignación de un género es muy difícil en algunos recién nacidos porque los genitales son ambiguos.

En algunos pacientes están presentes tanto tejido ovárico como testicular, condición conocida como «hermafroditismo». Los bebés intersexuales se presentan aproximadamente en uno de cada 1000 nacimientos (Mejías y otros, 2007).

Siguiendo con los mismos autores, la importancia de los estados intersexuales es evidente por la necesidad de realizar el diagnóstico tempranamente para su tratamiento precoz y por la trascendencia que la definición del sexo tiene para el

futuro del individuo. Este tipo de trastorno puede representar una experiencia traumática para los padres.

El nacimiento de un recién nacido con estas condiciones es un desafío para el equipo médico, quienes se deben plantear en forma rápida y ordenada una serie de diagnósticos diferenciales, así como también manejar una situación familiar crítica.

La ansiedad que provoca la falta de definición de una identidad sexual, además de la presión ejercida por la sociedad, lleva a la necesidad de un diagnóstico rápido y preciso, con un manejo de la información hacia sus angustiados progenitores (Enríquez, Rittler, Pomata y Brunetto, 1998).

Todo paciente con una anomalía de la diferenciación sexual debe ser tratado por un equipo especializado, que incluye el tratamiento psicológico adecuado a los padres y familiares. Debe ser valorado por ginecoobstetras, urólogos, pediatras, endocrinólogos, genetistas y psicólogos. Este defecto que provoca que no haya completado su desarrollo genital y necesita ser visto por otros especialistas. Se les debe explicar a los padres que el bebé debe tener un desarrollo psicosexual normal, para lo cual debe ser estudiado por varios especialistas para la posterior asignación de un género adecuado, y de ser necesario, para instaurar tratamiento desde la más temprana edad.

La correcta determinación del sexo es importante no sólo en lo que respecta al tratamiento sino también en lo relacionado con el bienestar emocional del niño. Estos pacientes deben ser criados en un ambiente donde se adapte con toda convicción al sexo “asignado” (Mejías y otros, 2007).

Por su parte, Agramonte (2006), refiere que en la atención psicológica a personas que recibieron cirugía genital se han identificado procesos psicológicos asociados a las intervenciones quirúrgicas que son indicadores de sufrimiento humano: presencia de alienación corporal y alienación sexual, depresión profunda,

ansiedad, e insatisfacción con la nueva apariencia genital con impacto negativo en la calidad de vida.

La identidad corporal de los sujetos aparecía afectada y se expresaba en una relación conflictiva y disociada con el propio cuerpo mediante sentimientos de extrañamiento corporal por rechazo, negación y/o exclusión de los genitales e inconformidad con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Estos aspectos matizaban las experiencias sexuales y configuraban la forma de disfrutar o negar la sexualidad (Casell, 1999).

Por otra parte, el secreto médico y/o familiar acerca del diagnóstico y de las cirugías genitales efectuadas condujeron a un estado de silencio, soledad personal y angustia familiar; mientras que las múltiples intervenciones médicas a lo largo de la vida propiciaron el desarrollo de la medicalización del estado intersexual con consecuencias negativas para el sentimiento de autovalor personal. Ambos, el secreto y la medicalización, eran fenómenos omnipresentes con impacto negativo en el desarrollo de la identidad personal (Agramonte, 2006).

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

### **1. Propósito.**

El propósito del programa es que el alumno aprenda procesos y procedimientos ya establecidos en la atención psicológica del paciente pediátrico con enfermedades crónicas, a través, de un escenario profesional que permita adquirir conocimientos y habilidades clínicas, abordando problemáticas vigentes en nuestra sociedad.

### **2. Población y espacio de trabajo.**

El lugar en donde se realizó las intervenciones fue en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), que se localiza en la Delegación Cuauhtémoc de la Ciudad de México, brinda atención a pacientes pediátricos que requieren especialidad y alta especialidad médica. Su población infantil principal es aquella que no cuenta con seguridad social y por lo tanto, con los más bajos recursos socioeconómicos. Asisten pacientes de cualquier estado de la República Mexicana, por ejemplo, de Veracruz, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, entre otros.

Por lo tanto, existe una gran demanda en los servicios que da la Institución, uno de ellos es el Departamento de Psiquiatría, del cual depende el Servicio de Psicología, éste a su vez se divide en las distintas especialidades, uno de ellos es el área de Endocrinología el cual cuenta con un consultorio de Psicología en el Edificio Mundet en el cuarto piso.

Esta especialidad tiene gran demanda ya que se atienden aproximadamente a 80 pacientes por mes en intervención individual y grupal; siendo estas consultas de Lunes a Viernes en un horario de 9:00 am a 1:00 pm, la frecuencia en pacientes con diagnósticos de Obesidad, Diabetes y Trastornos de la Diferenciación Sexual

es alta, por tal motivo y para dar un mejor servicio a los pacientes se crearon talleres referidos a las problemáticas antes mencionadas.

### **3. Fases y descripción de actividades.**

Se realizó medio año de Prácticas Profesionales y medio año de Servicio Social en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, por lo cual durante un año se trabajaron con distintas actividades que son parte de la psicología clínica y de la salud. Como primer acercamiento a la práctica profesional dentro del HIMFG, me presentaron a mi asesora dentro de la Institución la Licenciada en Psicología María Fernanda López Montes, quien me dio capacitación y contextualización de las características de la especialidad de Endocrinología y de los pacientes que asisten a la misma, por lo que me enseñaron las instalaciones del Hospital, el consultorio de psicología dedicado sólo a pacientes de Endocrinología, el área de hospitalización y de urgencias de la misma área.

Durante la primer semana además, me explicaron las distintas enfermedades que se atendían en ésta área, cómo enfermedades hormonales, del metabolismo y problemas nutricionales.

Me proporcionaron material de apoyo para realizar entrevistas clínicas, conjuntamente me enseñaron cómo revisar y elaborar notas de consulta en los expedientes, además de capacitarme en pruebas como el Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas de Rey Osterrieth, Frases Incompletas y la Prueba de Gesell. Posteriormente se informó que debido a la gran cantidad de pacientes con ciertos diagnósticos, se trabajaba con cuatro grupos de pacientes con el que se debía de llevar un plan de intervención (niños y adolescentes de entre 7 a 17 años de edad), una vez al mes:

- Grupo de Diabetes para Escolares
- Grupo de Diabetes para Adolescentes
- Grupo de Obesidad

- Grupo de Trastornos de la Diferenciación Sexual

Posteriormente a la capacitación, las actividades se dividieron y se categorizaron en cuatro, a continuación se mencionarán las actividades y se mostrarán los propósitos fundamentales que se persiguieron con la implantación de las mismas, la población destinataria, el espacio de trabajo, las fases por las que discurrió el procedimiento, las actividades principales, los materiales, instrumentos y recursos que fueron necesarios para la ejecución del programa de intervención y las estrategias de evaluación de las actividades realizadas en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, las cuales fueron:

### **3.1 Preconsulta.**

#### **Objetivo específico**

Fortalecer y desarrollar habilidades propias del psicólogo clínico en la entrevista, observación, empatía y comunicación, que faciliten hacer una impresión diagnóstica, para que el estudiante pueda elaborar un tratamiento y/o un programa conductual o gestáltico.

#### **Características de la preconsulta en la Institución**

El primer acercamiento que se tuvo con los pacientes y con los padres de familia fue la preconsulta, en donde se realizaron entrevistas clínicas, con su respectiva nota de consulta en el expediente, para obtener la información más relevante acerca de la problemática del paciente y así, poder establecer objetivos para dar un seguimiento en el tratamiento psicológico.

Las pacientes que requieren el servicio psicológico en el HIMFG, deben de ser enviados por una especialidad médica, que en este caso es la especialidad de Endocrinología, debido a que Psicología no es parte de una especialidad en el Hospital. Por lo tanto, los médicos de acuerdo con su valoración envían a pacientes que requieran apoyo psicológico, ellos realizan una interconsulta escrita a los pacientes, la cual el paciente tiene que entregar en el cuarto piso del Edificio

Mundet donde está el área de psicología, ahí lo recibe la secretaria del servicio y lo entrega a la psicólogas que forman parte del servicio, se le da una cita y se anota en el carnet la fecha, hora de su terapia, clave de la psicóloga adscrita al servicio y nos presentamos como terapeuta que lo atenderá. El día de su cita, tienen que pagar en cajas su consulta, el costo va a depender del estudio socioeconómico que realiza el Hospital.

La entrevista es conductual, su duración es de 50 a 60 minutos, la ejecución de la Preconsulta es en el consultorio de Psicología de Endocrinología, el cual cuenta con las condiciones adecuadas para el procedimiento psicológico. El proceso inicia con una presentación por parte de la terapeuta, rapport, dando confianza al paciente y a la madre o padre, además de mostrar interés en ellos. Con el trato amable y cálido del entrevistador se facilita la empatía, la confianza para hablar y la descarga emocional. También se les informa al paciente y a los padres que es una entrevista para conocer la historia del paciente y recabar los datos más importantes, y así poder establecer un tratamiento.

Durante la entrevista se hacen preguntas directas tanto a los padres como a los niños o adolescentes, éstas relacionadas con su vida familiar, escolar, de amistades y de salud; además se pregunta sobre las estrategias que han puesto en práctica para la solución de sus problemas y que es lo que espera en el servicio de psicología, terminando esto se realiza el cierre de sesión y se da una nueva cita para continuar con intervenciones.

La información que se obtiene de esta primera sesión permite dar una impresión diagnóstica del paciente, lo que nos permite estructurar un tipo de tratamiento que puede ser individual, grupal o de ser necesario ambos. Al término de cada preconsulta se debe de realizar una nota y agregarla al expediente, exponiendo principales características de la historia clínica, motivo de consulta, estrategias utilizadas por el paciente, impresión diagnóstica y el tipo de tratamiento que se llevará con el paciente.

Estas actividades benefician al estudiante, al desarrollar empatía, habilidades sociales, asertividad y la confianza de sí mismo; así como habilidades para intervenir en las crisis que se presentan en la sesión.

### **3.2 Terapia Supervisada.**

#### **Objetivo General**

Desarrollar habilidades y conocimientos clínicos en los modelos de Terapia Cognitivo Conductual y en la Terapia Gestalt vinculadas a la formación académica, que a través del Servicio Social favorezcan la práctica profesional en el alumno. Así mismo, contribuyendo con la Institución al dar atención a un grupo de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.

#### **Características de la Terapia Supervisada**

Luego de realizar la preconsulta, se comienza a dar un seguimiento con los pacientes, como se había mencionado anteriormente, se trabaja aplicando los principios de la Terapia Cognitivo Conductual y en algunos casos con técnicas de la Terapia Gestalt, bajo la supervisión de mi asesora, investigué y estructuré el plan de tratamiento para los pacientes. Se indagaba acerca de los diagnósticos médicos y si era necesario se explicaba al paciente y a los padres lo que significaba la enfermedad y sus consecuencias; la asignación de tareas a los pacientes estaban relacionadas a temas abordados en las sesiones, beneficiando su tratamiento.

De igual manera, al término de la sesión se realiza la nota de consulta en el expediente, estas notas incluyen: temas trabajados, los pensamientos y creencias del paciente, cómo lo observamos, las intervenciones practicadas en la sesión, las tareas que se le dejó y temas planificados para las futuras sesiones.

Las edades de los pacientes estaban en un rango de 1 a 19 años y el de los padres entre 19 a 62 años, todos pertenecientes al Hospital Infantil de México



Federico Gómez y de la especialidad de Endocrinología Pediátrica. En estas sesiones individuales se trabajó con niños, adolescentes y padres de familia de distintos niveles socioeconómicos, la duración de cada una era entre 50 a 60 minutos en el consultorio antes mencionado, sin embargo, las sesiones individuales se daban aproximadamente cada 3 meses, debido a la gran cantidad de pacientes que requieren del servicio. De acuerdo a los conflictos que más se presentaron en las intervenciones fueron:

- Falta de adherencia al tratamiento como seguir su dieta, hacer ejercicio, tomarse los medicamentos o inyectarse la insulina.
- Ansiedad al comer.
- Falta de comprensión de la enfermedad.
- Enojo, irritabilidad, ansiedad por el diagnóstico.
- Depresión.
- Bullying.
- Duelo.
- Dificultad en las habilidades sociales.
- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas de aprendizaje.
- Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- Pacientes con Retraso en el Desarrollo Psicomotor.
- Pacientes autistas.

Los cuales fueron abordados con técnicas conductuales como la terapia racional emotiva-conductual, la terapia de Beck, el entrenamiento en auto-instrucciones, el entrenamiento en inoculación de estrés, la terapia en solución de problemas y economía de fichas. Así mismo, en algunas sesiones se utilizaron técnicas de la Terapia Gestalt como la silla vacía, el monodrama, hablarle “al” otro y la terapia de juego.

Dentro de la categoría de Terapia Supervisada se consideró las interconsultas a hospitalización y urgencias, en la cual los médicos solicitan al psicólogo encargado que acuda a estas áreas ya que un paciente requiere de apoyo psicológico, cuando llegan las interconsultas se asiste a las áreas de Hospitalización de Endocrinología y a las camas de los pacientes, se realiza una breve entrevista clínica y se aborda el conflicto por el cual están ahí, tanto con el paciente cómo con los familiares.

En algunos casos se da intervención en crisis, psicoprofilaxis, se buscan soluciones para el conflicto, se realizan juegos y actividades con los pacientes, se da contención a los padres de los niños hospitalizados y se trabaja multidisciplinariamente con las enfermeras y médicos para establecer el avance de los pacientes. De igual manera, se elabora su respectiva nota en el expediente para ir observando avances y planificar futuras sesiones.

Por último, dentro de esta actividad también se realizaron evaluaciones psicológicas; ya que en algunos casos se aplicaron pruebas psicométricas y se integraron los estudios completos, las pruebas se eligieron de acuerdo a los objetivos de cada caso; en algunas situaciones, se realizaron las evaluaciones por que los padres lo solicitaban para recibir algún tipo de apoyo psicopedagógico. Se efectuaba la evaluación en dos sesiones, se calificaban las pruebas y se devolvía resultados a los padres o tutores, además de que algunos pacientes solicitaron cartas donde plasmarán los resultados para solicitar apoyo académico o educación especial, por lo cual se redactaron cartas con los resultados y se anexaron al expediente.

Las técnicas que se utilizaron para atender los conflictos antes mencionados en la intervención individual, fueron:

- Entrevista Clínica.
- Evaluación psicológica.
  - ✓ Escala de Inteligencia Weschler para el Nivel Escolar (WISC-R).

- ✓ Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender.
  - ✓ Dibujo de la Figura Humana (DFH).
  - ✓ Figura Bajo la Lluvia.
  - ✓ Dibujo de la Familia.
  - ✓ Esquema Evolutivo de Gesell.
  - ✓ Test de Apercepción Temática (TAT).
  - ✓ Test de Apercepción Infantil (CAT).
  - ✓ Test de Copia y Reproducción de Memoria de Figuras Geométricas Complejas de Rey Osterrieth.
  - ✓ Frases Incompletas.
  - ✓ RAVEN.
- Entrega de resultados de evaluaciones psicológicas.
  - Diagnosticar de acuerdo a los resultados Psicométricos.
  - Diagnosticar de acuerdo al DSM-IV.
  - Orientación a padres de familia para un manejo conductual.

### **3.3 Talleres a Pacientes Pediátricos del Área de Endocrinología.**

A continuación se describen los motivos que llevaron a estructurar los talleres para pacientes con diagnósticos de Obesidad, Diabetes y Trastornos de la Diferenciación Sexual, con una duración de 12 sesiones y uno de 10 sesiones, que se daba una vez al mes, todo esto como producto de las actividades en preconsulta y de la terapia supervisada.

#### **Objetivo General**

Desarrollar habilidades para la elaboración e impartición de talleres referidos a las problemáticas de pacientes pediátricos del área de Endocrinología. Además de que el paciente comprenda y se sensibilice respecto a su propia enfermedad, adquiriendo un mayor apego al tratamiento y por ende una mejor calidad de vida.

## **Participantes**

Pacientes de la especialidad de Endocrinología con edades en un rango de 7 años a 17 años con diagnósticos de Obesidad, Síndrome Metabólico, Diabetes y Trastornos de la Diferenciación Sexual del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

A través de la preconsulta y la terapia supervisada, fue posible observar cómo un considerable número de pacientes tenían dificultad para comprender lo que es su enfermedad y sus consecuencias, habiendo mayor incidencia en pacientes diabéticos, así como pacientes con Obesidad, además de que existía una falta de adherencia a su tratamiento. Por lo cual se dio la posibilidad de atender a un grupo de pacientes con estas características, por lo que se elaboraron y se impartieron talleres como contribución a la Institución.

### **3.3.1 Taller de Obesidad.**

El Taller de Obesidad se aplicó a 8 pacientes de los cuales 3 eran mujeres y 5 hombres, con diagnósticos de Obesidad y Síndrome Metabólico con edades en un rango de 8 a 14 años. El taller tuvo una duración de 12 sesiones, se aplicó una sesión por mes, en el consultorio de Psicología del área de Endocrinología de 9:30 a.m. a 11:00 a.m. El plan de intervención fue adaptado del libro “Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes” de Rosa Korbman de Shein (2007).

**Objetivo general:** Lograr un cambio de actitud del niño con respecto a la Obesidad, promover hábitos alimenticios saludables, además de la adherencia al tratamiento y lograr el mantenimiento del peso corporal.

### **3.3.2 Taller de Diabetes para Escolares.**

El Taller de Diabetes para Escolares se aplicó a 11 pacientes de los cuales 8 eran mujeres y 3 eran hombres, con diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo I y Diabetes Mellitus Tipo II, con edades en un rango de 7 a 12 años de edad. El taller tuvo una duración de 12 sesiones, se aplicó una sesión por mes, en el consultorio de Psicología del área de Endocrinología en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se estructuró un plan de intervención adaptado a las necesidades de la población con éste diagnóstico.

**Objetivo general:** Facilitar en los menores diagnosticados con Diabetes Mellitus una comprensión y claridad de su enfermedad, además de la adherencia al tratamiento.

### **3.3.3 Taller de Diabetes para Adolescentes.**

El Taller de Diabetes para Adolescentes se aplicó a 11 pacientes de los cuales 7 eran mujeres y 4 eran hombres, con diagnósticos de Diabetes Mellitus Tipo I y Diabetes Mellitus Tipo II, con edades en un rango de 13 a 17 años de edad. El taller tuvo una duración de 12 sesiones, se aplicó una sesión por mes, en el consultorio de Psicología del área de Endocrinología en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se estructuró un plan de intervención adaptado a las necesidades de la población con este diagnóstico.

**Objetivo general:** Facilitar en los menores diagnosticados con Diabetes Mellitus una comprensión de su enfermedad, además de la adherencia al tratamiento.

### **3.3.4 Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual.**

El Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual se aplicó a 8 pacientes de los cuales 3 eran mujeres y 5 eran hombres, con diagnósticos de Trastornos de la Diferenciación Sexual, Deficit de 5 Alpha Reductasa, Criptorquidea Bilateral,

Atrofia Testicular, Hipogonadismo; con edades en un rango de 14 a 17 años de edad. El taller tuvo una duración de 10 sesiones, se aplicó una sesión por mes, en el consultorio de Psicología del área de Endocrinología en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se estructuró un plan de intervención adaptado a las necesidades de la población con estos diagnósticos.

**Objetivo general:** Facilitar en los menores diagnosticados con Trastorno de Diferenciación Sexual una comprensión de su enfermedad, aceptación de su cuerpo así como la mejora de sus relaciones interpersonales.

### **3.4 Evaluación y Selección de Médicos Residentes.**

#### **Objetivo General**

Capacitación en pruebas, evaluación y selección de médicos residentes.

#### **Participantes**

Se calificaron y se evaluaron las pruebas de 13 médicos residentes para Especialidad, Sub Especialidad y Alta Especialidad para la selección de personal de la Institución, la aplicación se realizó en un auditorio del Hospital Infantil de México.

#### **Procedimiento**

Cómo parte de las Prácticas Profesionales y el Servicio Social, el Hospital Infantil de México Federico Gómez solicita apoyo del área de Psicología una vez al año, en el mes de septiembre, ya que es cuando seleccionan a los médicos que entraran a realizar su especialidad o alta especialidad, por lo que se dividen entre los psicólogos adscritos al Hospital las entrevistas y las evaluaciones, con el fin de que a todos les toque la misma cantidad. Antes de las entrevistas, se capacitó al alumno para la aplicación, evaluación e interpretación de las pruebas utilizadas para la selección de los médicos, las cuales fueron:

- Inventario de Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).
- Cleaver.
- Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA).

Antes de las pruebas, se realizó una entrevista, ésta contenía un formato con preguntas que eran realizadas por dos médicos, mi asesora adscrita al servicio de Endocrinología y yo, podíamos preguntar aspectos que nos parecieran importantes para realizar los informes de perfil de trabajo; las entrevistas duraban entre 15 a 20 minutos, estas fueron durante una semana.

El día de la aplicación de las pruebas se realizó en sábado y se solicitó la presencia de los estudiantes para explicar y ayudar a resolver las dudas de los médicos, la aplicación duró 5 horas. Al término, acomodamos las pruebas por número de folio, para que cuando las calificara el lector de la computadora fuera más rápido el trabajo.

Al tener las pruebas calificadas, se entregaron a los psicólogos las que cada uno tenía que evaluar, por lo que a mi asesora le tocaron 13, las cuales con su asesoramiento, interpreté con base a un Perfil de Trabajo (características sobresalientes, posibles limitaciones, motivación interna y externa) y a un Perfil de Personalidad (actitud ante la evaluación, características generales y entrevista), como se nos enseñó en la capacitación. Se realizó un informe de cada uno con los aspectos antes mencionados y al final se sugería si era un candidato o no.

Esta actividad me proporcionó conocimiento de otra área de la Psicología, la Organizacional, aprendí a utilizar nuevas pruebas y cómo realizar evaluaciones y selección de personal.

#### **4. Actividades principales.**

El programa de Prácticas Profesionales y de Servicio Social especifica habilidades a desarrollar durante la labor social en el HIMFG:

- Realizar entrevista clínica completa a pacientes de primera vez.
- Revisar expedientes clínicos.
- Elaborar notas de consulta en expedientes.
- Realizar interconsultas a pacientes hospitalizados y de urgencias, elaborar la nota correspondiente.
- Dar seguimiento a pacientes en tratamiento.
- Elaborar programas conductuales.
- Realizar actividades en grupos psicoeducativos de niños y adolescentes.
- Aplicar pruebas psicométricas e integrar el estudio completo.
- Valorar a bebés y niños en edad pre-escolar con Esquema Evolutivo Gesell.
- Participar en el proceso de selección de residentes a Pediatría y Subespecialidad.
- Aplicar, calificar e interpretar CLEAVER, MMPI-2 y TECA para evaluación de personal.
- Revisar bibliografía.
- Profundizar en conocimientos en psicopatología infantil y adolescente.



## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo efectuado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. De la población atendida en la preconsulta, terapia supervisada, de los talleres a pacientes pediátricos del área de Endocrinología (Taller de Obesidad, Taller de Diabetes para Escolares, Taller de Diabetes para Adolescentes y Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual), así como los resultados de la Evaluación y Selección de Médicos Residentes. Se presentarán los datos obtenidos, como solicitantes del servicio, su progreso como pacientes de un tratamiento psicológico y su aprovechamiento como participantes de los talleres propuestos en la Institución.

### 1. Preconsulta.

El total de preconsultas realizadas a los niños y/o adolescentes con sus padres fueron de 74 (Ver Tabla 1 y 2), con edades comprendidas desde un año hasta los 17 años, en ambos géneros.

Se atendieron a 42 niñas y adolescentes (56.75%) con edades de 3 a 17 años, con un nivel escolar desde preescolar a bachillerato; ocupadas en estudiar o trabajar. Los 32 niños y adolescentes atendidos (42.66%) cuentan con edades de 1 a 16 años y nivel escolar de preescolar a bachillerato, quienes se ocupan de estudiar o trabajar. Tanto hombres como mujeres viven con ambos padres o con sólo uno de los dos, aunque también refirieron vivir con otro familiar.

A continuación se muestra la tabla de mujeres atendidas (Tabla 1) y de los hombres atendidos (Tabla 2) en la preconsulta:

Tabla 1. Pacientes mujeres atendidas en preconsulta.

Núm. de pacientes	Diagnóstico médico	Impresión diagnóstica	Edad	Nivel de estudios	Áreas afectadas
1	Antecedente de Cáncer Papilar de Tiroides	1 Baja autoestima	12	1 Secundaria	Familiar, académica, amistad
1	Galactorrea	1 Trastorno de conducta	13	1 Secundaria	Familiar, académica
5	Síndrome Metabólico, Obesidad	4 Reacción de ajuste a la enfermedad 2 Ansiedad 1 Trastorno mixto ansioso-depresivo	3-15	1 Guardería 4 Secundaria	Familiar, salud, académica
14	Diabetes Mellitus Tipo I	2 Depresión 4 Duelo 2 Ansiedad 12 Reacción de ajuste a la enfermedad 3 Disfunción familiar 1 T.D.A.H	6-15	7 Primaria 7 Secundaria	Familiar, académica, salud
5	Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Ambigüedad Genital	2 Bullying 3 Baja autoestima 3 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Retraso en el desarrollo psicomotor leve 1 T.D.A.H.	7-11	5 Primaria	Familiar, académica, amistad, salud
10	Diabetes Mellitus Tipo II	1 Duelo 1 Depresión 10 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Dificultad en las habilidades sociales 2 Trastorno mixto ansioso-depresivo 1 Bajo rendimiento escolar	7-17	1 Primaria 6 Secundaria 3 Preparatoria	Familiar, amistad, académica, salud
2	Síndrome de Turner	1 Bajo rendimiento escolar 1 Trastorno mixto ansioso-depresivo	6-16	1 Preescolar 1 Preparatoria	Académica, salud
1	Síndrome de Ovario Poliquístico	1 Reacción de ajuste a la enfermedad	16	1 Secundaria	Salud
1	Talla Baja	1 Bullying 1 Baja autoestima	13	1 Secundaria	Académica, salud
1	Hipotiroidismo Congénito	1 Discapacidad Intelectual Leve	10	1 Primaria	Académico
1	Deficiencia de la Hormona de Crecimiento	1 Bullying 1 Baja autoestima	12	1 Primaria	Académico, amistad
<b>T O T A L E S</b>  42		30 Reacción de ajuste a la enfermedad 6 Baja autoestima 5 Duelo 4 Ansiedad 4 Bullying 4 Trastorno mixto ansioso-depresivo 3 Depresión 3 Disfunción familiar 2 T.D.A.H. 2 Bajo rendimiento escolar 1 Trastorno de conducta 1 Dificultad en las habilidades sociales 1 Retraso en el desarrollo psicomotor leve 1 Discapacidad Intelectual Leve	3-17	21 Secundaria 15 Primaria 4 Preparatoria 1 Preescolar 1 Guardería	

Tabla 2. Pacientes hombres atendidos en preconsulta

Núm. de pacientes	Diagnóstico médico	Impresión diagnóstica	Edad	Nivel de estudios	Áreas afectadas
9	Diabetes Mellitus Tipo I	8 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Duelo 2 T.D.A.H 1 Disfunción familiar 1 Dificultades en las habilidades sociales	8-16	4 Primaria 4 Secundaria 1 Preparatoria	Familiar, académica, salud
1	Pubertad Precoz	1 Bajo rendimiento escolar	9	1 Primaria	Académica
6	Síndrome Metabólico, Obesidad	6 Reacción de ajuste a la enfermedad 3 Ansiedad 1 Disfunción familiar	12-15	6 Secundaria	Salud, amistad
5	Diabetes Mellitus Tipo II	3 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Bajo rendimiento escolar 1 Ansiedad 1 Duelo	9-15	1 Primaria 4 Secundaria	Salud, académica
1	Hipertrigliceridemia	1 Reacción de ajuste a la enfermedad	4	1 Preescolar	Salud
4	Hipotiroidismo	2 Bajo rendimiento escolar 1 Manejo de límites	7-15	2 Primaria 2 Secundaria	Académica, familiar
1	Ambigüedad Genital	1 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Disfunción familiar	1		Salud
1	Criptorquidia	1 Manejo de límites	2		Familiar
1	Resistencia a Hormonas Tiroideas	1 Bajo rendimiento escolar	8	1 Primaria	Académica
1	Epilepsia, Síndrome Metabólico	1 Bajo rendimiento escolar 1 Reacción de ajuste a la enfermedad	12	1 Secundaria	Académica
1	Deficiencia de la Hormona de Crecimiento	1 Bajo rendimiento escolar	11	1 Primaria	Académica
1	Ambigüedad Genital	1 Reacción de ajuste a la enfermedad 1 Disfunción familiar	1		Familiar, salud
<b>T O T A L E S</b> <b>32</b>		21 Reacción de ajuste a la enfermedad 7 Bajo rendimiento escolar 4 Ansiedad 4 Disfunción familiar 2 T.D.A.H. 2 Duelo 2 Manejo de límites 1 Dificultad en las habilidades sociales	1-16	17 Secundaria 10 Primaria 1 Preparatoria 1 Preescolar	

La mayoría de los pacientes tenían edad entre 12 y 15 años de edad, con un nivel de estudios en secundaria, en ambos géneros la impresión diagnóstica con más ocurrencia fue reacción de ajuste a la enfermedad y por ende el área más afectada fue la salud de los pacientes, ya que a través de la preconsulta expresaron dificultades para comprender su diagnóstico, además de una falta de adherencia al tratamiento.

En la Tabla 3 se muestra una comparación entre ambos géneros en la preconsulta, siendo la impresión diagnóstica de mayor frecuencia reacción de ajuste a la enfermedad y bajo rendimiento escolar.

Tabla 3. Comparación de la impresión diagnóstica en preconsulta en ambos géneros.

Impresión diagnóstica	Mujeres (M)		Hombres (H)		Total	
	Número	%	Número	%	M y H	%
Reacción de ajuste a la enfermedad	30	71.43	21	65.63	51	68.92
Bajo rendimiento escolar	2	4.76	7	21.88	9	12.16
Ansiedad	4	9.52	4	12.5	8	10.81
Duelo	5	11.9	2	6.25	7	9.46
Disfunción familiar	3	7.14	4	12.5	7	9.46
Baja autoestima	6	14.28	0	0	6	8.11
Trastorno mixto ansioso-depresivo	4	9.52	0	0	4	5.41
Bullying	4	9.52	0	0	4	5.41
T.D.A.H	2	4.76	2	6.25	4	5.41
Depresión	3	7.14	0	0	3	4.05
Manejo de límites	0	0	2	6.25	2	2.7
Dificultad en las habilidades sociales	1	2.38	1	3.13	2	2.7
Trastorno de conducta	1	2.38	0	0	1	1.35
Retraso en el desarrollo psicomotor leve	1	2.38	0	0	1	1.35
Discapacidad intelectual leve	1	2.38	0	0	1	1.35

Del 100% de las pacientes mujeres atendidas el 71.43% presentaron reacción de ajuste a la enfermedad y del 100% de los hombres el 65.63%, siendo en ambos casos la impresión diagnóstica con mayor incidencia, debido a que existe una falta de comprensión de sus enfermedades y una poca o nula adherencia al tratamiento médico, como lo es la dieta y realizar ejercicio.

La mayoría de los pacientes que acuden al Hospital provienen de zonas rurales, con bajo desarrollo cultural y socioeconómico, por lo que no obtienen conocimientos médicos sobre salud y enfermedad, y les es más difícil comprender algunos aspectos y cuidados de las enfermedades, ya que cuentan con creencias, tradiciones y estilos de vida diferentes a los de las personas que viven en zonas urbanas, además es más difícil que puedan tener acceso a algunos tipos de medicamentos y llevar una dieta con determinados alimentos, ya que por las zonas donde viven no hay farmacias o tiendas donde comprar alimentos seleccionados.

En la Tabla 3 también se observa cómo en ambos géneros el bajo rendimiento escolar fue la segunda causa de la preconsulta, que relacionado con lo anterior podría estar asociado a el nivel socioeconómico desfavorecido.

## 2. Terapia Supervisada.

El total de pacientes atendidos en la terapia supervisada pertenecientes al servicio de Endocrinología dentro del consultorio fueron de 75 pacientes, de los cuales 40 fueron mujeres y 35 fueron hombres, con edades comprendidas desde 1 año a 19 años de edad; sin embargo, el trabajo en algunos casos fue directamente con los padres, con quienes hubo intervención y orientación para el manejo de técnicas conductuales. Se investigó y se organizó de forma adecuada el tratamiento psicológico de cada paciente, mediante técnicas cognitivas, conductuales y emocionales, tareas de autoayuda y algunas técnicas gestálticas.

A continuación se presentarán tablas de los casos atendidos, agrupando a los pacientes de acuerdo al tratamiento psicológico que se les dio, mostrando la Tabla 4 específicamente de mujeres y la Tabla 5 de hombres, continuando con la Tabla 6 con una comparación en ambos géneros.

Tabla 4. Tratamiento psicológico con la Terapia Cognitivo Conductual en mujeres.

Tipo de tratamiento psicológico	Número de pacientes	Diagnósticos psicológico	Edad
Terapia racional emotiva-conductual	17	-Reacción de ajuste a la enfermedad. -Aceptación de la enfermedad. -Duelo. -Baja autoestima.	7-58
Terapia cognitiva de Beck	5	-Depresión.	12-43
Entrenamiento en auto-instrucciones	3	-Autismo. -Control de impulsos. -Habilidades sociales.	6-62
Entrenamiento en inoculación de estrés	3	-Habilidades sociales. -Trastorno mixto ansioso-depresivo. -Bullying.	7-50
Terapia en solución de problemas	6	-Reacción de ajuste a la enfermedad. -Ansiedad. -Identidad sexual. -Bajo rendimiento escolar. -Discapacidad intelectual leve.	6-47
Economía de fichas	6	-T.D.A.H. -C.I. Normal bajo. -Bajo rendimiento escolar. -Límites.	6-54
<b>TOTAL:</b>	40		

Tabla 5. Tratamiento psicológico con la Terapia Cognitivo Conductual en hombres.

Tipo de tratamiento psicológico	Número de pacientes	Diagnósticos psicológico	Edad
Terapia racional emotiva-conductual	12	-Reacción de ajuste a la enfermedad. -Aceptación de la enfermedad. -Duelo. -Baja autoestima.	10-58
Terapia cognitiva de Beck	1	-Depresión.	15-36
Entrenamiento en auto-instrucciones	5	-Autismo. -Control de impulsos. -Habilidades sociales.	5-46
Entrenamiento en inoculación de estrés	3	-Habilidades sociales. -Bullying. -Ansiedad.	9-31
Terapia en solución de problemas	7	-Reacción de ajuste a la enfermedad. -Ansiedad. -Identidad sexual. -Bajo rendimiento escolar. -Discapacidad intelectual leve.	1-42
Economía de fichas	7	-T.D.A.H. -C.I. Normal bajo. -Bajo rendimiento escolar. -Límites.	3-47
<b>TOTAL:</b>	35		

Tabla 6. Total de pacientes atendidos por cada método de la Terapia Cognitivo Conductual.

Tipo de tratamiento psicológico	Mujeres (M)		Hombres (H)		Total	
	Número	%	Número	%	M y H	%
Terapia racional emotiva-conductual	17	42.5	12	34.3	29	38.7
Terapia en solución de problemas	6	15	7	20	13	17.3
Economía de fichas	6	15	7	20	13	17.3
Entrenamiento en auto-instrucciones	3	7.5	5	14.3	8	10.7
Entrenamiento en inoculación de estrés	3	7.5	3	8.6	6	8
Terapia cognitiva de Beck	5	12.5	1	2.8	6	8
<b>TOTAL</b>	40	100	35	100	75	100

Para ambos géneros el método de la Terapia Cognitivo Conductual más utilizado fue la Terapia racional emotiva-conductual, donde se trabajaron con pensamientos distorsionados y creencias irracionales, que provocaban enojo, ansiedad, dolor o culpa en los pacientes o en padres de familia. Aprendieron a identificar pensamientos negativos y creencias inadecuadas, cómo el sentimiento de rechazo en la escuela por creerse diferentes por tener una enfermedad, lo que afectaba en su baja autoestima y en sus habilidades sociales. O en los padres, que se sentían culpables por que su hijo presentará alguna enfermedad, que provocaba angustia y enojo, afectando la convivencia familiar.

La terapia de solución de problemas, ayudó a los pacientes a resolver dificultades personales mediante un razonamiento lógico y toma de decisiones, cómo el que los padres eligieran entre las opciones del tratamiento para sus hijos. Además, se les oriento en cuanto a la economía de fichas para establecer horarios de actividades, reducir conductas o fomentar una manera apropiada de estudio.

El entrenamiento en auto-instrucciones se utilizó para que los padres ayudaran a los niños a controlar comportamientos impulsivos, así como mejorar habilidades sociales practicando auto-instrucciones y generando habilidades de afrontamiento útiles para mejorar situaciones negativas para los pacientes; en los niños autistas se trabajó con la demostración de auto-instrucciones por parte de los padres y hermanos, junto con el modelamiento y reforzadores para la adquisición de conductas ausentes. La inoculación de estrés se utilizó en pacientes con ansiedad, donde se les enseñó a identificar que el factor estresante, no provocaba su estrés, si no, la forma en que percibían y vivían ese acontecimiento, y se les enseñó a afrontar esas situaciones.

Tanto pacientes como padres, adquirieron un equilibrio emocional a través del conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones, aceptándose, favoreciendo su funcionamiento social y ajuste psicológico. Además, en pacientes



con depresión hubo un trabajo en conjunto con el Departamento de Psiquiatría para evaluar el desarrollo del paciente y buscar un tratamiento adecuado.

Por otra parte, de la Terapia Gestalt se utilizaron algunas técnicas en algunas sesiones, las cuales fueron aplicadas a 6 pacientes de los 75 pacientes atendidos en el consultorio en alguna sesión extra como parte de tratar el diagnóstico psicológico. Durante éstas se enfatizó al paciente el aquí y ahora, hablar en primera persona y hablarle “al” otro para generar una comunicación directa con la persona adecuada. A continuación la tabla 7 muestra las principales técnicas utilizadas y en qué caso se utilizaron (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Tratamiento psicológico con la Terapia Gestalt en los pacientes.

<b>Tipo de Tratamiento psicológico</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>Diagnóstico psicológico</b>	<b>Edad</b>
La silla vacía	1	-Duelo.	15
El monodrama	1	-Duelo.	17
Hablarle “al” otro	1	-Ansiedad.	18
Terapia de juego	3	-Bullying. -Habilidades sociales.	4, 5 y 6.
<b>TOTAL:</b>	6		

Se manejó la técnica de la silla vacía y el monodrama, para que el paciente pudiera cerrar situaciones inconclusas con personas importantes para ellos, cómo el despedirse de un ser querido que había fallecido, identificando y expresando emociones y sentimientos. Hablarle “al” otro se utilizó con una paciente mujer, la cual constantemente suponía lo que sus padres y demás personas de su alrededor pensarán de ella lo cual causaba su ansiedad, por ejemplo, sí sacaba malas calificaciones, se mencionaba constantemente “mi padre está muy decepcionado de mí por sacar 6 en matemáticas, no me la ha dicho, pero lo pienso” lo que le generaba ansiedad, evitando el contacto emocional y comunicación con la persona directamente.

La terapia de juego sirvió para observar por medio de ésta como percibe el niño lo que le rodea, cómo se relaciona con otras personas y cómo soluciona dificultades en la escuela, por medio de ésta el niño asimila, experimenta y aprende nuevas opciones para solucionar dificultades de su entorno.

Por medio de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual y de las técnicas de la Terapia Gestalt, los pacientes disminuyeron conductas, emociones y patrones de pensamiento disfuncionales, adquirieron una mejor comprensión y responsabilidad en cuanto a su enfermedad. El objetivo de la práctica profesional en la Institución fue exitosa, ya que se desarrollaron habilidades en los modelos de Terapia Cognitivo Conductual y en la Terapia de Gestalt, dentro de los cuales hubo técnica de la entrevista clínica, historias clínicas y evaluaciones psicológicas.

Se aplicaron 23 evaluaciones psicológicas, de las cuales algunas fueron parte de la intervención y otras por solicitud de los padres para recibir apoyo especial. Dichas psicometrías incluían pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas y pruebas de desarrollo y viso-motrices, por medio de las cuales se diagnosticó y se devolvieron resultados verbalmente a los padres de familia y en algunos casos se integró un informe por escrito, para que lo entregaran a la escuela, maestros o para que el paciente recibiera algún tipo de apoyo, como Terapia de Aprendizaje.

Se adquirieron habilidades en la evaluación con pruebas psicológicas y en el establecimiento de diagnósticos, como Deficiencia Mental, Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad, Inmadurez Neurológica, así como, determinar las áreas en las que se debe apoyar a niños con bajo rendimiento escolar.

Por otro lado, se atendieron a 8 pacientes y a sus padres (papá y/o mamá), correspondientes a las interconsultas del área de hospitalización y urgencias, de los cuales 6 pacientes fueron de hospitalización (Tabla 8) y 2 de urgencias (Tabla 9).

Tabla 8. Datos de los pacientes atendidos en interconsultas de Hospitalización.

Paciente	Sexo	Edad	Diagnóstico médico	Áreas afectadas	Tratamiento psicológico
1	Hombre	3 meses-29 años	Hiperinsulinismo congénito.	Salud, familiar.	-Terapia en solución de problemas. -Psicoprofilaxis.
2	Hombre	5 meses-19 años	Hiperinsulinismo congénito.	Salud.	-Entrenamiento en inoculación de estrés. -Psicoprofilaxis.
3	Mujer	13 años-40 años	Diabetes Tipo II	Salud.	-Terapia racional emotiva-conductual. -Juegos.
4	Mujer	8 años-32 años	Diabetes Tipo I	Salud, familiar.	-Terapia racional emotiva-conductual. -Juegos.
5	Hombre	1 año-25 años	Trastorno de la Diferenciación Sexual	Salud, familiar.	-Terapia en solución de problemas. -Contención a padres.
6	Hombre	10 años-39 años	Pb. Cáncer de Páncreas	Salud, amistad.	-Terapia cognitiva de Beck. -Psicoprofilaxis. -Contención a padres.

Tabla 9. Datos de los pacientes atendidos en interconsultas de Urgencias.

Paciente	Sexo	Edad	Diagnóstico médico	Áreas afectadas	Tratamiento psicológico
1	Mujer	14 años-40 años	Diabetes Tipo I.	Salud.	-Terapia racional emotiva-conductual.
2	Mujer	19 años-46 años	Diabetes Tipo I.	Salud, académica, familiar.	-Terapia en solución de problemas. -Intervención en crisis.

Con los pacientes de hospitalización y urgencias, se trabajó con el niño o adolescente y sus padres, además de que existió un trabajo multidisciplinar con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, para evaluar el progreso del paciente. Los pacientes de hospitalización tuvieron tratamiento psicológico cada semana, sin embargo, a los pacientes de urgencias sólo se les atendió de dos a

tres días, ya que sólo están en el hospital mientras recuperan estabilidad en su salud y después tienen que salir del hospital, por lo que se les dio una cita aparte para seguir con la terapia en el consultorio. Principalmente en estas áreas se trabajó con psicoprofilaxis en pacientes que iban a tener alguna operación, así como intervención en crisis y la utilización de técnicas de la terapia cognitivo conductual, para apoyar a los pacientes y a los padres a solucionar problemas y a afrontar situaciones de estrés.

Los resultados obtenidos fueron con buen pronóstico, tanto para los pacientes, como para el prestador de servicio social y prácticas profesionales, ya que permitió adquirir aprendizajes tanto en lo profesional, como en lo personal. Conocer y aplicar de técnicas conductuales en pacientes con problemas de hospitalización, así como reducir el estrés en padres y ayudarlos a tomar decisiones en cuanto a la salud de sus hijos.

Se promovió la investigación de enfermedades, se obtuvo experiencia y desarrollo en la empatía con los niños. Algunos padres de familia refirieron estar agradecidos con el apoyo brindado por parte de psicología, ya que observaron cambios favorables en sus hijos, cómo en su estado de ánimo, en el seguimiento de sus cuidados de salud, en sus habilidades para relacionarse con otros niños; además de que a ellos les sirvió para tomar decisiones importantes que les implicaba el estar con sus hijos en el hospital. Todos los pacientes se mostraron participativos en las actividades y expresaron cariño a la psicóloga.

Por otra parte, se contribuyó con la Institución en dar atención a un grupo de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, además de un trabajo multidisciplinar con otras áreas, que implicaba desde médicos, enfermeras, abogados y trabajadoras sociales.

### 3. Talleres a Pacientes Pediátricos del Área de Endocrinología.

Se desarrollaron habilidades para la elaboración e impartición de talleres referidos a las problemáticas de pacientes pediátricos del área de Endocrinología, además de adquisición y experiencia en técnicas de integración y manejo de grupos. Los resultados obtenidos de cada taller fueron:

#### 3.1 Taller de Obesidad.

El Taller de Obesidad fue impartido en 12 sesiones (véase en ANEXO A), la población atendida corresponde a los usuarios que fueron enviados y/o solicitaron servicio psicológico en el HIMFG. La edad de los participantes al taller fue de 8 a 14 años tanto en hombre como mujeres. En ambos géneros el nivel de estudios es de primaria y secundaria (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Pacientes con diagnóstico de Obesidad y Síndrome Metabólico del Taller de Obesidad.

Paciente	Impresión diagnóstica	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Áreas afectadas
1	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	12	Secundaria	Familiar, salud.
2	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, disfunción familiar, T.D.A.H.	Mujer	8	Primaria	Familiar, amistad, académica, salud.
3	Trastorno ansioso-depresivo, Reacción de ajuste a la enfermedad, C.I. Límitrofe.	Hombre	14	Secundaria	Familiar, amistad, académica, salud.
4	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Hombre	12	Primaria	Salud.
5	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Hombre	13	Secundaria	Salud.
6	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Hombre	12	Secundaria	Salud.
7	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Hombre	13	Secundaria	Salud.
8	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	11	Primaria	Salud.

Todos los pacientes presentaron reacción de ajuste de la enfermedad, habiendo mayor dificultad en seguir y mantener una dieta, el realizar ejercicio y la falta de

comprensión de lo que significa Obesidad y Síndrome Metabólico, así como sus posibles consecuencias al no seguir adecuadamente el tratamiento.

Al término del taller, los participantes referían comprender las consecuencias del no cuidar su alimentación y de no realizar ejercicio, ya que eso podría provocar enfermedades futuras como Diabetes, Hipertensión entre otras, por lo que lograron un cambio en su actitud ante la Obesidad, que hizo ver las consecuencias negativas de su enfermedad.

Mencionaron que gracias a los registros de comida, se dieron cuenta de la cantidad de calorías que consumían y aprendieron a realizar un balance energético, para ver el número de calorías ingeridas y el número de calorías que el cuerpo quema a través del ejercicio y actividades que realizan y de esta forma comenzar a bajar de peso.

Además cada uno de los participantes durante la sesión 5 (véase en ANEXO A), estableció sus metas como el bajar un determinado número de kilogramos en un determinado tiempo, aprender a comer de manera correcta y que pudieran volver a ponerse ropa que ya no les quedaba, durante las sesiones posteriores se observó una disminución de peso de los participantes, los cuales estuvo entre 2 a 4 kilogramos, y un paciente de sexo masculino logró bajar al final del taller 9 kilogramos, por lo que se sentía “feliz” por haber cumplido su meta. Al notar los cambios físicos en su cuerpo, los motivo a continuar con las actividades del taller y cumplir con sus metas de bajar de peso y mejorar su salud.

Así mismo, todos coincidieron en ser más responsables en cuanto a sus hábitos alimenticios saludables diciendo que “ahora cortaban su comida en porciones pequeñas y aumentaban el número de bocados”, además de que aprendieron a identificar que ciertos estados emocionales como la tristeza o la ansiedad les provocaba ingerir alimentos, por lo que ahora mantenían un mejor autocontrol y aprendieron a reemplazar la ansiedad realizando otras actividades.

Los principios de la TCC fueron aplicados al taller, donde cada participante fijó sus objetivos personales, identificando sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Durante todas las sesiones se recalcó las ganancias que obtenían al bajar de peso y los esfuerzos que debían de hacer para lograrlo, además de establecer metas alcanzables, autorreportes y contratos, los cuales fueron llenados por el niño con ayuda de sus padres y el terapeuta; en cada sesión se revisó el cumplimiento de las tareas conductuales asignadas y se reforzaba con elogios del psicólogo y de sus compañeros. Por lo que se logró un reaprendizaje y el cambio de conductas, aprendiendo nuevas formas de alimentación, así como involucrarlos en otras actividades como natación, fútbol, etc.

### 3.2 Taller de Diabetes para Escolares.

El Taller de Diabetes para Escolares fue impartido en 12 sesiones (véase en ANEXO B), la edad de los participantes del taller fue de 7 a 12 años. Todos los pacientes presentaron el diagnóstico médico de Diabetes Tipo I o Tipo II, así mismo, todos presentaron poca adherencia al tratamiento, cómo la dificultad para comprender su enfermedad, inyectarse la insulina, realizar ejercicio, establecer horarios de comida y llevar adecuadamente su dieta (Tabla 11).

Tabla 11. Pacientes del Taller de Diabetes para Escolares.

Pacientes	Impresión diagnóstica	Sexo	Edad	Áreas afectadas
1	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	11	Salud.
2	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, Disfunción familiar.	Mujer	12	Familiar, amistad, salud.
3	Reacción de ajuste a la enfermedad, Duelo.	Mujer	7	Salud, familiar, académica.
4	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Hombre	11	Salud.
5	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, Inmadurez Neurológica, T.D.A.H.	Hombre	12	Salud, familiar, amistad, académica.
6	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	12	Salud, familiar.
7	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	10	Salud.
8	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	8	Salud.
9	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	7	Salud.
10	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	7	Salud, académica.
11	Reacción de ajuste a la enfermedad, Duelo, Disfunción familiar.	Hombre	8	Salud, familiar.

Todos los pacientes coincidieron en el área de salud afectada, debido a que todos presentaban poca adherencia al tratamiento, además los padres tenían poca información de lo que significaba el diagnóstico y de qué manera podían ellos apoyarlos. Durante todas las sesiones se trabajó primero con los niños y al término de la sesión se daba psicoeducación y retroalimentación a los padres de



lo que se había visto en el taller, las tareas a realizar en casa y sugerencias de cómo podían apoyar a sus hijos.

Cuando finalizó el taller, los niños y padres notaron cambios favorables en los registros de glucosa de los niños y lograron mantener un mejor control. Además adquirieron una mejor comprensión de lo que es la diabetes, los tipos de diabetes, sus complicaciones y cuidados, lo que contribuyó a que tuvieran mayor adherencia al tratamiento.

Se alentó el apoyo en casa en cuanto a la dieta, ya que los padres aprendieron y entendieron las dificultades que los niños enfrentan para controlar su enfermedad, resaltando logros y avances en sus hijos. A los padres se les enseñó a evitar relaciones negativas con sus hijos, teniendo paciencia con los síntomas de los pacientes, manejando constructivamente sus miedos, no hablando de la diabetes que padece el paciente en público, a menos que él lo autorice, no criticándolo y ofrecerle apoyo y tranquilidad.

Los niños refirieron que les gustó conocer a otros niños con diabetes, ya que se dan cuenta que no son los únicos que tienen la enfermedad y que hay otros niños que tiene dificultades en seguir una dieta, inyectarse la insulina y realizar ejercicio.

Por otra parte, se entrenó a los pacientes en habilidades sociales, lo que les permitió seguir su dieta a pesar de la incitación de familiares o amigos. Una paciente comentó que cuando le dio diabetes dejó de ir a fiestas o a pijamadas con sus amigas, porque le ofrecían pastel u otros alimentos y le daba pena inyectarse la insulina, pero con el taller aprendió que no tiene que dejar de hacer cosas que le gustaba hacer, ya que ella tenía el control de rechazar algún alimento que no pudiera comer, también tomó la decisión de contarles a sus amigas la enfermedad que tenía y mencionó que ahora ellas le ayudan a cuidarse, ya que le recuerdan que es lo que no puede comer y evitaban comer dulces cuando estuviera ella.

Los padres refirieron que sus hijos adquirieron mayor responsabilidad en sus cuidados, como en la dieta, ejercicio, en los chequeos de su glucosa y en la inyección de su insulina; logrando que ellos mismos realicen todas las actividades antes mencionadas, así como el ajustar y saber qué hacer cuando presentan una hiperglucemia o hipoglucemia. Aunado a esto, todos los niños junto con sus padres realizaron autoreportes, contratos y horarios, en donde establecieron horarios de comida, ejercicio, tareas y otras actividades, los cuales al cumplirse fueron reforzados por reforzadores positivos de actividad, manipulativos y sociales.

### 3.3 Taller de Diabetes para Adolescentes.

El taller de Diabetes para Adolescentes fue impartido durante 12 sesiones (véase en ANEXO C), la población atendida fueron adolescentes entre 13 y 17 años. Las sesiones fueron únicamente para los pacientes y se dio retroalimentación a los padres únicamente en tres sesiones. En ambos géneros el nivel de estudios es de secundaria, bachillerato y dos pacientes trabajaban (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Tipo I o Tipo II.

Paciente	Impresión diagnóstica	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Áreas afectadas
1	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, Disfunción familiar.	Mujer	17	Bachillerato trunco	Familiar, académica, salud.
2	Reacción de ajuste a la enfermedad, Disfunción familiar.	Hombre	16	Bachillerato trunco	Familiar, académica, salud.
3	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	13	Secundaria	Salud.
4	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Mujer	13	Secundaria	Salud.
5	Reacción de ajuste a la enfermedad, Trastorno mixto ansioso-depresivo, Disfunción familiar.	Mujer	13	Secundaria	Familiar, amistad, salud.
6	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	13	Secundaria	Salud.
7	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	14	Secundaria	Salud.
8	Reacción de ajuste a la enfermedad, Disfunción familiar.	Hombre	16	Bachillerato	Salud, familiar.
9	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	17	Bachillerato	Salud, académico.
10	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, Disfunción familiar.	Hombre	17	Bachillerato trunco	Salud, familiar, académico.
11	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Hombre	15	Secundaria	Salud.

Se puede observar en la tabla anterior cómo todos los pacientes presentaron reacción de ajuste a la enfermedad y por ende el área afectada en todos fue su salud. Algunos adolescentes tenían dificultades para seguir una dieta, el ejercicio e inyectarse la insulina; otros no comprendían la dimensión de su enfermedad, y

los horarios de comidas como los de sueño no eran estables, lo que no les ayudaba en los niveles de su glucosa.

Los pacientes se mostraron comprometidos consigo mismos, asistiendo a las sesiones y cumpliendo con las actividades sugeridas, lo que les ayudo a reducir sus niveles de ansiedad. Siempre manifestaron su participación, interés y opiniones en las sesiones.

Al término del taller, los participantes referían que aprendieron a conocer mejor su enfermedad, además de aprender a vivir con la diabetes, ya que no es una enfermedad que los limite a realizar las cosas que les guste hacer, sólo implicaba tener un autocontrol en horarios y hábitos nuevos en la alimentación como en el ejercicio.

Comentaron que les gusto conocer a otros chicos de su edad con diabetes, ya que en su vida cotidiana como en la escuela o en el trabajo era difícil conocer a alguien que tuviera está enfermedad, lo que les ayudo a compartir sentimientos y experiencias de cómo cada uno ha sobrellevado el proceso de la enfermedad y entre ellos mismos se daban consejos de que hacer en alguna situación difícil para ellos como en reuniones o fiestas con sus amigos.

También verbalizaron que entendieron que el asistir a eventos sociales no era sólo el ir a comer, si no, el convivir y compartir momentos con sus familiares y amigos, ya que muchos evitaban las reuniones por que les daban alimentos que no podían consumir, por lo que era más fácil para ellos dejar de ir. Sin embargo, mencionaron ahora mantener un autocontrol de lo que comían, conociendo ya todas las implicaciones del no cuidarse, además de darse cuenta del apoyo y la unión en su familia después de la enfermedad.

Una paciente refirió que antes de entrar al taller, no tenía ningún control sobre su enfermedad, por lo cual sus niveles de glucosa estaban muy altos y ya había

sufrido dos operaciones en los ojos por lo mismo, sin embargo, ahora conoce su Diabetes, mejoró su control de glucosa y los doctores la han felicitado por lo mismo.

Otra paciente refirió que anteriormente ella ocupaba el dinero que le daban sus papás para la escuela, comprándose dulces a escondidas, pero en el contrato que realizó en el taller con la psicóloga fue que en lugar de comprar dulces, ahorro el dinero para comprarse ropa, accesorios u otras cosas, por lo que estaba muy contenta porque había logrado tener un autocontrol al comprar dulces y ahora había ahorrado mucho dinero para otros gastos.

Se observó una mejor adherencia al tratamiento y responsabilidad en sus cuidados, logrando establecer horarios de comida, de sueño, de ejercicio y otras actividades. Logrando así un mejor control en los niveles de su glucosa. Cada participante fijó sus metas, además identificaron sentimientos y conductas, y, a través de los ejercicios cognitivos y conductuales lograron analizar y comprender ciertas situaciones que no favorecían a sus cuidados.

El entorno del grupo fue de respeto, confianza, sinceridad y comunicación, lo que favoreció la integración del grupo. El sentimiento de comprensión y bienestar dentro del grupo favoreció la generalización de las reglas del taller, a su vida diaria.

### 3.4 Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual.

El Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual fue impartido en 10 sesiones (véase en ANEXO D), con pacientes entre 14 y 17 años, de los cuales el nivel académico se encuentra entre de secundaria y el bachillerato (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Pacientes con diagnóstico de Trastornos de la Diferenciación Sexual que asistieron al taller.

Paciente	Impresión diagnóstica	Sexo	Edad	Nivel de estudios	Áreas afectadas
1	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad.	Hombre	14	Secundaria	Salud, amistad.
2	Reacción de ajuste a la enfermedad, Ansiedad, Duelo.	Mujer	15	Bachillerato	Familiar, amistad, académica, salud.
3	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Mujer	14	Secundaria	Salud.
4	Ansiedad.	Hombre	16	Bachillerato	Salud.
5	Reacción de ajuste a la enfermedad, Duelo.	Hombre	17	Bachillerato	Familiar, amistad, salud.
6	Reacción de ajuste a la enfermedad, Duelo.	Mujer	16	Bachillerato	Salud.
7	Duelo, Disfunción familiar.	Hombre	15	Secundaria	Familiar, Salud.
8	Reacción de ajuste a la enfermedad.	Hombre	17	Bachillerato	Salud, amistad.

Debido a la falta de conocimiento acerca de los diferentes trastornos de diferenciación sexual que presentaban los pacientes, se explicaron los diagnósticos más comunes, con la finalidad de que los pacientes logran comprender mejor su enfermedad y conocer algunas implicaciones y consecuencias de la enfermedad. Esto les ayudo a entender el funcionamiento de su cuerpo y conocerse mejor, además que pudieron conocer algunos tipos de enfermedades dentro de la clasificación de trastornos de la diferenciación sexual.

Desde la primera sesión se enfatizó en la confidencialidad, la comunicación, la confianza y el respeto por los participantes dentro del grupo, todos compartieron su diagnóstico, el proceso de la enfermedad y el apoyo de su familia, lo cual les ayudo a conocerse, a identificarse unos con otros y a crear vínculos de amistad

en el grupo. Todos se mostraron participativos, con dudas y asistieron a todas las sesiones.

Al término del taller refirieron que les gustó conocer a otros chicos con características similares a ellos, con los que pudieron compartir, experiencias y sentimientos similares, con los que refirieron haber establecido relaciones satisfactorias de amistad.

Verbalizaron ahora comprender mejor su diagnóstico, a aceptarse tal y como son, identificando sus cualidades, apariencia y capacidades, lo que contribuyó a mejorar su autoestima, aceptando su cuerpo, con sus características y consecuencias de su enfermedad, como el no poder tener hijos en un futuro, en algunos casos. Una paciente menciona que cuando le dijo el doctor que en un futuro no podría tener hijos, se puso triste, sin embargo, ahora ha evaluado otras opciones como el adoptar a un futuro, con lo que coincidieron otros pacientes.

En la sesión del cierre del taller se les pidió que escribieran una carta a su enfermedad en donde especificaran sentimientos actuales hacia ella, para lo que todos coincidieron en que han aprendido a vivir con ella, una paciente escribió que la acepta y la quiere porque forma parte de ella, otros compararon como en un principio estaban enojados por tener una enfermedad pero actualmente la aceptan, la quieren y les ha ayudado para ser mejores personas, con muchos valores y respetar a todos tal y como son.

Se orientó a los pacientes para la solución de problemas con la Terapia de Solución de Problemas de D'Zurilla y Goldfried, lo que facilitó la evaluación de los pros y contras de su salud, amistades y en otros aspectos de su vida. Además de que mejoraron en sus relaciones interpersonales y se mostraban menos tímidos.

#### 4. Evaluación y Selección de Médicos Residentes.

El total de evaluaciones a médicos residentes fueron 13; 7 para la Especialidad de Pediatría (53.84%), 4 para la Sub Especialidad de Endocrinología Pediátrica (30.76%) y 2 para Alta Especialidad en Dermatología (16.66%). A continuación se muestran tablas con las principales características de los médicos evaluados para la selección de la especialidad, describiendo sus posibles limitaciones y sus características sobresalientes (Ver Tablas 14, 15 y 16).

Tabla 14. Características de los médicos evaluados para Especialidad de Pediatría.

Médico	Sexo	Posibles limitaciones.	Características sobresalientes.
1	Mujer	Bajo presión tiende a preocuparse principalmente por su popularidad llevándola a ser persuasiva e impulsiva.	En el trabajo suele ser activa, desarrollando varias tareas al mismo tiempo, buscando situaciones nuevas, actividades laborales diferentes y que impliquen retos.
2	Mujer	Puede presentar perturbaciones, tener problemas de salud y/o familia, y dejar inconclusas las actividades que empieza.	Presenta sentimientos de inadecuación respecto a lo que hace. Pudiera presentar problemas emocionales amplios, así como problemas de adicción.
3	Hombre	Puede comportarse de manera obstinada y puede requerir fuerza por parte de su supervisor para cambiar su punto de vista. En las relaciones interpersonales tiende a ser frío y poco demostrativo en sus tratos con la gente.	Es tranquilo, paciente, constante y perseverante, tiene éxito en muchas actividades debido a su carácter tenaz y obstinado. Cuando realiza un proyecto, lucha para obtener sus objetivos siendo independiente y crítico, consistente en sus hábitos.
4	Mujer	Al tomar una decisión, se sentirá intranquila mientras no tenga una confirmación absoluta de que su decisión fue la correcta.	Es responsable y puede ver siempre algo bueno en cualquier situación; organiza sus actividades de tal manera que obtenga los resultados que espera. Es capaz de resolver problemas eficazmente, ya que es perseverante en sus actividades
5	Mujer	En situaciones de estrés, puede prestar poca atención a los detalles y actuar impulsivamente, por lo que puede ser inconsistente en sus conclusiones.	Es una persona activa, organizada, puntual y confiable, se adapta fácilmente a las nuevas situaciones y ambientes.
6	Hombre	Al tomar una decisión puede vacilar y mostrarse indeciso, se sentirá intranquilo mientras no tenga una confirmación absoluta de que su decisión fue la correcta.	Es responsable, confiable, tenaz, equilibrado y entusiasta. Organiza sus actividades de tal manera que obtenga los resultados que espera, procurando no tener errores realizando sus acciones de manera precavida.
7	Mujer	Bajo presión busca estabilizar su ambiente y reacciona negativamente a los cambios de este. También puede ser distante, cortante, crítica y lastimar los sentimientos de otros.	Es una persona que tiene un control de sí misma, paciente en la mayoría de las situaciones, con cuidado y concentración. Planea su trabajo detenidamente y trabaja con métodos bien establecidos.



Tabla 15. Características de los médicos evaluados para Sub Especialidad de Endocrinología Pediátrica.

<b>Médico</b>	<b>Sexo</b>	<b>Posibles limitaciones.</b>	<b>Características sobresalientes.</b>
1	Hombre	En situaciones que se encuentre bajo presión puede comportarse de manera impaciente e irritable, por lo que a veces no observa detalles importantes. Puede preocuparse más de los reconocimientos y popularidad que de los resultados tangibles.	Puede tomar ideas creativas y hacerlas funcionar para un propósito práctico, actúa de manera directa. Es una persona realista, posee confianza en sí mismo, equilibrado y razonable. Resulta ser eficiente en sus actividades, puntual, responsable y muestra un compromiso laboral.
2	Mujer	En situaciones que involucren tomar una decisión puede actuar impulsivamente y descuidar algunos detalles. Puede ser susceptible a críticas y rechazos, para ella es importante el reconocimiento de su trabajo y de su persona.	Es una persona equilibrada, tenaz y realista. Es entusiasta en todo lo que realiza, trabajadora y confiable, sabe organizar su tiempo, además de ser responsable e innovadora. Tiene confianza en sí misma, perseverante y con gran amplitud de intereses.
3	Hombre	Puede tomar decisiones de manera lenta y dudar antes de actuar. Depende demasiado en procedimientos y de la supervisión, por lo que puede resistirse a aceptar la responsabilidad plena y pasársela a otra persona.	Sigue un sistema y busca precisión en su forma de pensar, es meticuloso, apegado a los estándares establecidos, lógico y objetivo en lo que realiza.
4	Mujer	Ante situaciones que representen tensión puede requerir fuerza por parte de su supervisor para hacerla seguir instrucciones o cambiar su punto vista. En las relaciones interpersonales puede tener poco tacto en sus tratos con la gente e imponerse sobre ellos.	Es una persona activa, muestra espontaneidad y tiene la habilidad de expresar con claridad y firmeza sus sentimientos y puntos de vista. Puede evaluar y razonar las situaciones a las que se enfrente, ya que es una persona emocionalmente abierta, equilibrada y realista. En el área laboral, es una persona sincera, puntual, ordenada, responsable y tenaz.

Tabla 16. Características de los médicos evaluados para Alta Especialidad en Dermatología.

<b>Médico</b>	<b>Sexo</b>	<b>Posibles limitaciones.</b>	<b>Características sobresalientes.</b>
1	Mujer	En situaciones bajo presión, la tensión en la Dra. puede ser evidente y se sentirá intranquila mientras no tenga una confirmación absoluta de que su decisión fue la correcta, puede depender de la supervisión, de los procedimientos y de los métodos que utiliza para resolver alguna situación.	Es una persona que sigue un sistema y busca precisión en su forma de pensar, tiende a seguir un método tanto en su vida personal, como en el trabajo. Generalmente actúa como líder integrador, que trabaja con y a través de la gente. Es una persona tenaz, responsable, puntual y activa, se adapta fácilmente a las nuevas situaciones y ambientes.
2	Mujer	Bajo presión busca estabilizar su ambiente y reacciona negativamente a los cambios de éste, puede depender de la supervisión y dudar antes de actuar sin precedentes, por lo que puede ser lenta al tomar la iniciativa y resistirse a aceptar la responsabilidad plena.	Planea su trabajo detenidamente con el objeto de trabajar consistentemente con métodos bien establecidos, una vez que encamina un patrón de trabajo, puede mantener su ritmo con consistencia. Es activa, puntual, confiable y se adapta fácilmente al ambiente, también es una persona bien organizada.

Se redactaron los 13 informes, los cuales fueron entregados a los médicos encargados para que ellos decidieran qué médicos ingresarían al Hospital. Se cumplió el objetivo tanto para los alumnos de Servicio Social como para la Institución en la selección de médicos residentes, ya que los alumnos adquirieron experiencia en la entrevista y en la evaluación e interpretación de pruebas encaminadas a la selección de personal del Hospital, por lo que se adquirieron aprendizajes importantes de otra rama de la psicología como lo es la psicología organizacional.

## DISCUSIÓN

En este apartado se discutirán los resultados obtenidos tras la participación que se tuvo en el programa “Atención y Apoyo Emocional del Niño y el Adolescente”, como parte de las Prácticas Profesionales y el Servicio Social.

De acuerdo con los resultados, la mayor parte de los pacientes atendidos en preconsulta, coincidieron en la impresión diagnóstica reacción de ajuste a la enfermedad, lo que influía en una inestabilidad en su salud, esto implicaba que los niños y adolescentes, tenían poca o nula información de sus diagnósticos y por ende, una falta de comprensión, que provocaba que no conocieran las consecuencias de su enfermedad y no siguieran el tratamiento adecuadamente. Se muestra el valor de que los pacientes comprendan y aprendan estrategias para vivir y manejarse con su padecimiento, por tal motivo es importante la psicoeducación en personas que presentan una enfermedad, así como lo mencionan Arana y otros (2016), la educación es piedra angular en la prevención, atención y tratamiento; promueve efectos positivos en la salud de los enfermos y sus familiares a través del conocimiento, con la finalidad de prevenir o retardar las complicaciones.

Por medio de la educación los pacientes pueden conocer la etiología de sus diagnósticos, los tratamientos y las consecuencias de no llevar un adecuado cuidado; así mismo esta formación no sólo tiene que ser parte de los pacientes, sino que, también debe ser impartida en padres y hermanos, ya que son el núcleo principal del paciente infantil y tienen que comprender el porqué de los cambios o ajustes en su vida; cómo lo señalan Vega y otros (2008) la modificación del estilo de vida, es permanente y requiere largos periodos de cuidado y control, por lo cual en el proceso de aprender a vivir con una persona con una enfermedad, sus cuidadores y familiares, requieren de un componente importante de conocimiento.

Aunado a lo anterior, el bajo rendimiento escolar fue otro aspecto sobresaliente en la preconsulta, siendo que el 12.16% de los pacientes que asistieron presentaron dicha impresión diagnóstica, que puede estar relacionado con que la mayoría de los pacientes asistentes al hospital provienen de zonas rurales, con bajo desarrollo cultural y socioeconómico, siendo que en algunos casos, no tienen acceso a la educación o a asistir regularmente a clases. En general, la preconsulta es importante, ya que de ella los psicólogos obtienen información relevante acerca del conflicto del paciente, lo cual ayuda para poder generar un tratamiento adecuado, encaminado a disminuir conductas y ayudar a la readaptación al entorno de las personas. También ayuda a conocer el contexto en el cual se presenta la conducta, cómo las condiciones situacionales, culturales, etc.

El modelo conductual ejerce gran influencia en el ámbito clínico por su fundamento en las teorías del aprendizaje facilitando los cambios en el paciente (Buela-Casal y otros, 1996). El tratamiento psicológico se manejó mediante técnicas conductuales, los cuales incorporan procedimientos conductuales y cognitivos en la aplicación de distintos problemas (Oblitas, 2008). La aplicación de estas técnicas ha sido utilizado en un amplio conjunto de conductas, como la intervención de crisis, sustancias adictivas, trastornos de la ansiedad, estrés, depresión, bajo rendimiento académico e indecisión vocacional, control de ira y de la agresividad en niños normales y retrasados (Oblitas, 2008).

Por otro lado, con la terapia Gestalt los pacientes descubrieron cómo sus creencias y la comprensión de su entorno le ayudaban a organizar su experiencia (Woldt, 2007). Esto permitió a los niños y adolescentes reconocer, aceptar y expresar sentimientos perdidos (Oaklander, 2001) por medio de la percepción corporal de la vivencia inmediata (Sinay, 2006).

En la terapia supervisada se presentaron distintos diagnósticos psicológicos siendo reacción de ajuste a la enfermedad el más frecuente, ya que como se mencionó, muchos de los pacientes al no comprender la inmensidad de su

diagnóstico no se apegaban a su tratamiento y mantenían conductas que podían ser peligrosas para su salud, así mismo, el que muchos de los pacientes provenían de zonas rurales, el llevar un tratamiento adecuado con medicamentos y una dieta específica, les es difícil de llevar porque no están disponibles esos medicamentos o alimentos que necesitan en las zonas donde viven.

Bayona (2011), menciona que acudir al doctor, implica gasto en dinero y también en tiempo, porque las vías de transporte son tan deficientes en las zonas rurales, que muchas veces hay que ir a pie hasta llegar a un lugar comunicado y así poder llegar hasta un centro sanitario mejor equipado, así mismo en muchos casos no pueden conseguir el suficiente dinero y el enfermo no se cura por falta de medicinas. Además, se disminuye el gasto en otros recursos, como la alimentación, que es necesaria para combatir la debilidad que provoca el malestar físico.

A su vez, otros pacientes estaban atravesando por un proceso de duelo al enterarse de su enfermedad, algunos estaban en negación, otros en enojo, negociación, depresión o en aceptación; con los que se fue trabajando desde la terapia racional emotivo-conductual, obteniendo resultados favorables en cuanto al cambio cognitivo, identificando pensamientos y creencias irracionales, los cuales provocaban conductas o emociones negativas. Ya que como refiere Lega y otros (2002), el cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, son necesarios para modificar los componentes emocionales y conductuales.

Así mismo, se identificaron dificultades para solucionar problemas y tomar decisiones en padres de familia, quienes tenían que decidir entre las opciones de tratamiento para sus hijos, además, la terapia en solución de problemas ayudó, para apoyar a niños con bajo rendimiento escolar, mostrándole paso a paso, opciones de cómo resolver un problema o actividad. Oblitas (2008), dice que la aplicación de esta técnica ha sido utilizada en un amplio conjunto de conductas, entre las cuales está el bajo rendimiento académico e indecisión vocacional.

El entrenamiento en auto-instrucciones se utilizó en pacientes que presentaban ansiedad o con poco control de sus impulsos, ya que esta técnica ayuda a los niños a controlar comportamientos impulsivos y a generar habilidades de afrontamiento útiles para manejar situaciones estresantes que se escapan a su control (Martin y Pear, 2008), también se orientó a padres de familia con niños diagnosticados con autismo, enseñándoles auto-instrucciones y en cómo manejarlas en casa, lo que provocó una disminución en conductas negativas como la agresividad.

Las técnicas de la terapia Gestalt utilizadas en algunas ocasiones fueron para que los pacientes vivenciaran algunas situaciones, ya que la percepción corporal de la vivencia inmediata, es esencial y fundamental en el proceso que se desarrolla aquí y ahora; además de que la vivencia concreta está por sobre las abstracciones (Sinay, 2006). De esta manera, los pacientes trabajaron con la pérdida de un ser querido para que esto les facilitará el cerrar ciclos.

Así mismo, la terapia de juego permitió al psicólogo conocer la forma en que se desenvuelve el paciente y cómo reacciona frente algunas situaciones, así como darle otro contexto y enseñanza a través de éste a los niños, sobre todo, la terapia de juego ayudó a quienes les es difícil expresar verbalmente sus emociones y pensamientos; cómo lo menciona Esquivel (2010), el juego es el medio que le abrirá al terapeuta las ventanas de la vida interior del niño, ya que permite la expresión de sentimientos, verbalizar sus descubrimientos y percepciones sobre el qué y el cómo de sus comportamientos.

El hablarle “al” otro (interpelación directa), favoreció la comunicación y la expresión de sentimientos y pensamientos en la paciente con las personas directamente, ya que Sinay (2006) refiere que al no dirigirse al destinatario específico se impide el contacto emocional, por lo cual esta técnica gestáltica, pretende generar contactos más directos, sin justificaciones, explicaciones, argumentaciones, excusas o intentos de convencer, de manera honesta.

Por otra parte, en los niños de hospitalización y de urgencias a quienes hay que darles una atención inmediata, resulto eficiente la terapia racional emotiva-conductual, dando una intervención inmediata, evaluando creencias, conductas y emociones.

Hay que mencionar además, que hay que tener un manejo integral con los padres de familia, ya que algunos pacientes que permanecen en el hospital, llevan casi un año ahí, por lo que la salud de los padres y su cuidado personal también se deteriora, y pueden existir pensamientos de culpa, enojo, frustración y la toma de decisiones puede verse afectada, por lo que es importante guiarlos.

En general, la terapia supervisada permitió que los pacientes adquirieran un equilibrio emocional a través del conocimiento de sus propias capacidades y limitaciones, aceptándose, favoreciendo su funcionamiento social y ajuste psicológico; además de adquirir una mejor comprensión y responsabilidad en cuanto a su enfermedad.

Por lo tanto, se pudo comprobar cómo las creencias inadecuadas, influyen en el estado de ánimo de los pacientes y en su comportamiento. Así mismo, como menciona María (2008), fue posible observar que mediante la terapia cognitivo conductual, los pacientes al reestructurar sus esquemas cognitivos lograron percibir una realidad más lógica, reduciendo el contenido emocional y mostrando una conducta más adaptativa.

Mientras que con la terapia Gestalt, el empleo de ejercicios sensoriales permitió la toma de consciencia en el aquí y ahora, permitiendo que los niños y adolescentes entrarán en contacto con sus sentimientos, emociones y pensamientos, favoreciendo su expresión e integración (Esquivel, 2010).

Cabe señalar que el trabajo multidisciplinario para el tratamiento de los pacientes es de vital importancia, ya que hay que tener seguimiento con el médico, así

como con las enfermeras, las trabajadoras sociales y en algunos casos con abogados, todo con la finalidad de cubrir todos los aspectos y una buena calidad en los servicios hacia el paciente, debido a que esta modalidad de trabajo permite una atención más calificada por su accesibilidad, facilita que las decisiones por demanda de atención de mayor complejidad cuenten con la coordinación y el seguimiento inmediato dentro de la misma institución (Rodríguez y Baly, 1997).

El servicio psicológico referido a los pacientes de endocrinología pediátrica, cuenta con un gran número de pacientes, de todas las edades, siendo obesidad y diabetes, los diagnósticos con mayor frecuencia e incidencia en el Hospital Infantil de México, por lo cual los talleres dedicados a estos fueron favorecedores tanto para los pacientes, padres de familia, para el hospital y para el prestador del servicio social.

Todos los pacientes del Taller de Obesidad presentaron reacción de ajuste a la enfermedad, ya que no llevaban una adecuada adherencia al tratamiento y no conocían las implicaciones del tener Obesidad, a su vez la gran mayoría de ellos, al no tener tal cual síntomas físicos, no la consideraban una enfermedad grave y por ende su alimentación y realizar ejercicio no era parte importante; Ocampo y Pérez (2010), refieren que las personas no ven la obesidad (más bien su obesidad) como un factor de riesgo de salud, se consideran personas con sobrepeso (pero no tanto), pero no enfermas, o como posibles enfermos, se posicionan más como una persona “gordita”.

Además, cuando diagnostican a un paciente con Obesidad, los doctores emplean una dieta, solicitan que realice ejercicio y los mandan a un curso de nutrición en el hospital, sin embargo, los pacientes no hacen conciencia plena de lo que es la Obesidad, su tratamiento y sus complicaciones, y, al no entender esto, les era más difícil seguir el tratamiento.



Aunado a lo anterior, no contamos con una cultura en la que sean importantes los hábitos alimenticios, desde pequeños estamos acostumbrados a ingerir comida chatarra como parte del lunch en la escuela, o como colación entre comidas, en lugar de comer alimentos saludables; Dorantes, Martínez y Guzmán (2012), refieren que el incremento en la obesidad pediátrica ha ocurrido como consecuencia de un aumento en la ingesta calórica y una reducción en el gasto energético; ya que consumimos mayor cantidad de productos con contenido calórico que nutritivos, y sumado a esto, no realizamos alguna actividad física que nos ayude a eliminar algunas calorías ingeridas.

Por esto, es importante que los pacientes aprendan hábitos de alimentación adecuados, realicen una actividad física; y que conozcan y aprendan a diferenciar “cuándo tiene hambre verdadera” o “cuándo está involucrando sus sentimientos” (Korbman, 2007), ya que la gran mayoría de los pacientes cuando están tristes o ansiosos, comienzan a ingerir alimentos, por lo que los psicólogos deben identificar qué emociones están provocando la conducta, además los niños o adolescentes deben observar que sus emociones les provocan conductas inapropiadas como el estar comiendo en momentos inadecuados, por lo cual hay que valorar todos los aspectos psicosociales que puedan estar interviniendo con estas conductas.

La terapia cognitivo conductual tiene el propósito de que el niño o el adolescente reaprendan tanto a saciar su hambre como a aplicar nuevas formas de alimentación, por lo que el objetivo de todo programa de pérdida de peso debe ser el aprendizaje (Korbman, 2007).

Así mismo, Márquez y otros (2008), mencionan que para el logro a largo plazo de la modificación del estilo de vida y el mantenimiento de un peso corporal saludable es necesaria la aplicación de la mayoría de las estrategias de la teoría de cambios de comportamiento de la Teoría Cognitiva como el automonitoreo, el establecimiento de metas, la adquisición de habilidades para solución de

problemas, prevención de recaídas, la búsqueda de apoyo social, principalmente en el ámbito familiar como en el caso de los padres hacia sus hijos adolescentes.

De igual manera, en el taller se explicó la Obesidad, su tratamiento, prevención y complicaciones, así mismo, se plantearon objetivos personales, las ganancias y los esfuerzos para lograrlos, esto con el apoyo de los autorreportes y contratos, los cuales ayudaron a los niños a identificar sentimientos, pensamientos y conductas, de esta forma se obtuvo mayor comprensión de la obesidad, concientizó a los pacientes la importancia de adherirse al tratamiento, mejorar sus hábitos alimenticios y realizar ejercicio; mostrando cambios positivos en los pacientes cómo una disminución en su peso corporal.

Martos y otros (2010), describen que la terapia cognitivo conductual ha mostrado disminuciones moderadas en el IMC en adolescentes con obesidad a corto plazo. Torres y otros (2011), mencionan que entre los tratamientos existentes tienen mayor efectividad a largo plazo aquellos que implican un cambio de hábitos alimentarios y de actividad física, es decir, un cambio de estilo de vida.

En el taller se les enseñó a aplicar nuevos hábitos, cómo el comer en horarios establecidos y en lugares específicos, cortar su comida en trozos pequeños e incluir en su nueva rutina una hora de ejercicio, el lograr estos cambios les permitió tener mayor control con lo que ingerían y un orden en sus actividades. Márquez y otros (2008), nos dicen que el cambio de comportamiento, así como la alimentación y la actividad física, están relacionados con la pérdida de peso exitosa y su mantenimiento, puede lograrse en procesos a largo plazo (mayores de 1 año).

Es importante que los tratamientos para la obesidad tengan continuidad esporádica después de la aplicación de tratamientos o en este caso el taller, ya que cómo lo menciona Márquez y otros (2008), el principal problema que se presenta, como con la mayoría de los tratamientos para la obesidad, es la

recuperación del peso perdido después de que el tratamiento termina, ya que pueden dejar de realizar actividades.

En definitiva, la obesidad es un tema amplio en el cual hay que considerar factores biopsicosociales; por lo tanto, se tiene que seguir aportando investigaciones y nuevos avances en el tratamiento de la misma, así como el estudio del locus de control en las personas, ya que cómo lo mencionan Dorantes, Martínez y Guzmán (2012) esta habilidad se encuentra disminuida en los pacientes con obesidad, resistir la tentación, es lo que obliga al paciente a enfrentar situaciones emocionales difíciles e implica la supresión de pensamientos y emociones.

Por otro lado, los pacientes con diabetes, igualmente que los pacientes de obesidad, presentaron reacción de ajuste a la enfermedad, debido a la poca información de la misma y a la falta de adherencia al tratamiento, ya que no contaban con hábitos para el cuidado de su salud, cómo seguir la dieta adecuada, inyectarse la insulina y/o realizan ejercicio.

Ledón (2014), menciona que el vivir con diabetes incluye un grupo variado, y a veces difícil, de retos en varias áreas cómo modificar modos y estilos de vida, identificar indicadores emergentes de crisis de salud, comprender los aspectos básicos de la enfermedad y sus causas para favorecer la adhesión a esquemas de tratamiento médico.

Por lo que fue importante en los talleres, la psicoeducación y la evaluación de sus hábitos y horarios de actividades, para que identificarán e hicieran conciencia de que el realizarlos puede ser negativo para su salud. López (2001), refiere que para los niños y adolescentes, la diabetes puede ser una enfermedad muy restrictiva, pero a medida en que se comprende mejor, se vuelve menos limitante; el aprendizaje no sólo implica el conocimiento, también implica habilidades y actitudes.

El objetivo de los talleres para pacientes con diabetes era facilitar a los menores una mejor comprensión a su enfermedad y adherencia al tratamiento; Ledón (2014) refiere que el objetivo terapéutico principal frente a la diabetes es el logro del control metabólico estable y sistemático a través del cumplimiento de los tratamientos indicados, el sostenimiento de cuidados de salud que involucran hábitos, modos y estilos de vida, y la prevención de complicaciones. Aunado a esto, López (2001), dice que la intervención psicológica en el tratamiento de la diabetes se centra en el intento de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Siendo así, se explicó a los pacientes la diabetes y sus consecuencias, se trabajaron con los esfuerzos y las ganancias de adherirse a un tratamiento, se identificaron horarios de actividades, auto-monitoreos, hábitos, emociones y sentimientos, que ayudaron a evaluar y concientizar sobre su cuidado y así poder aprender nuevos hábitos en su vida; los cuales ayudaron a cumplir con el objetivo del tratamiento psicológico; Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016), mencionan que la mayoría de los tratamientos educacionales usan técnicas tales como psicoeducación, prescripción de un plan alimentario y actividad física, auto-monitoreo, control de estímulos, conductas alternativas, reestructuración cognitiva o apoyo social.

Ledón (2014), propone que la educación en diabetes es un proceso dirigido a facilitar el conocimiento y las habilidades en relación con prácticas corporales, dietéticas, terapéuticas y otras realizadas por la persona con diabetes, que le permitan tomar decisiones acertadas en términos de su salud, mejorar el control metabólico y preservar o mejorar la calidad de vida, a través de costos razonables. Esto permitió que los menores adquirieran mayor comprensión y responsabilidad en cuanto a sus cuidados, aprendiendo nuevos hábitos, cómo el autocontrol al momento de comer, habilidades sociales y el establecimiento de horarios de comida y de sueño, los cuales se reflejaron en mantener un mejor control en sus niveles de glucosa.

De igual modo, Riveros y otros (2005), expresan que los principales beneficios de una intervención cognitivo conductual se observan en los niveles de su glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También de mejorar significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas. En definitiva, por medio de las técnicas conductuales se observó en los pacientes una mejor adherencia al tratamiento.

Así mismo, hay que considerar la forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico, debido a que los médicos cuando dan la noticia a los menores no se cercioran de que en verdad comprendan lo que está pasando en su cuerpo y sólo se centran en las limitaciones que les ponen, cómo el dejar de comer dulces. De acuerdo con esto, Jiménez y Dávila (2007), verbalizan que la forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes es muy importante, tanto para facilitar la aceptación del paciente como para minimizar el riesgo de que el paciente active mecanismos de defensa como la negación o la minimización de la seriedad del diagnóstico.

Por eso es importante que se tenga una explicación adecuada del por qué a partir del diagnóstico tienen que haber cambios en su rutina y en sus hábitos cotidianos, si no, podemos confundirlos y provocar pensamientos y emociones negativas.

Siguiendo con Jiménez y Dávila (2007), las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tal cómo coraje, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, lo que genera una diabetes descontrolada, con altas y bajas significativas de los niveles de glucosa (azúcar) en la sangre, que también pueden producir cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia.

Hay que mencionar, además, que el diagnóstico de la diabetes no sólo afecta a los menores, sino, que afecta a toda familia, desde sus actividades hasta la manera en que se relacionan todos los miembros; igualmente López (2001), opina que el diagnóstico de la diabetes mellitus provoca reacciones emocionales que afectan a toda la familia y llegan a alterar todo su sistema y su dinámica. Tanto los padres como los hermanos y pacientes reaccionan de forma similar.

Ventura, Pacheco y De Luca (2015), refieren que la diabetes tiene un impacto negativo y trae efectos psicosociales devastadores para el niño y su familia. Por tal motivo, es esencial que los terapeutas tengan un trabajo en conjunto con menores y padres de familia, ya que los padres pueden presentar sentimientos de culpabilidad, acusándose mutuamente por “causar” la enfermedad, desperdiciando su valiosa energía emocional en discusiones que dañan las relaciones familiares (Pirela, Toro y Cubillán, 2015).

De esta manera, los padres conocen más la enfermedad, aprenden a lidiar con ella y adquieren nuevas habilidades para relacionarse y apoyar a sus hijos en este proceso. Sin embargo, en algunos casos, es difícil poder trabajar en el hospital con ambos padres, ya que asiste sólo el padre o la madre a la consulta, habiendo un nivel deficiente en la disposición a informarse por parte de los padres con respecto a la enfermedad de sus hijos y poca inclinación a conversar con los especialistas sobre el tema, cómo lo menciona Pirela, Toro y Cubillán (2015), quienes además plantean que cuando la persona cursa una enfermedad a edades tempranas, cómo lo es con los escolares, disminuyen la comprensión del autocuidado, por lo que la conducta de los padres es mucho más sobreprotectora; esta actitud le impide autonomía y la adherencia a sus cuidados, lo que provoca que el paciente dependa de sus padres para la realización de sus actividades, por lo que hay que poner énfasis en la contención y orientación a los padres, para concientizar y sobrellevar el cambio de vida que tendrán sus hijos, fomentando su independencia y manejando constructivamente sus miedos.

En conclusión, cuando hay un paciente con diagnóstico de diabetes hay que considerar los aspectos antes mencionados, así como aspectos socioculturales y socioeconómicos, debido a que algunos pacientes no tienen acceso a ciertos medicamentos y alimentos, lo cual puede inferir en su adherencia al tratamiento.

Así como Ledón (2014) considera las "variables sociodemográficas" de las personas, cómo la edad, pertenencias a grupos étnicos y raciales, creencias y prácticas religiosas, nivel escolar, ocupacional u otros, los períodos de descompensación metabólica, la aparición de complicaciones de la diabetes, el tipo de información, las actitudes de los comunicadores al transmitir la información, sus habilidades y entrenamientos para hacerla efectiva, el nivel de motivación, participación y diálogo logrado, la potencialidad de aprendizaje de las personas y colectivos implicados, y las condiciones en que se realiza la estrategia comunicacional y educativa, para el manejo de pacientes.

Además, se tiene que ampliar la información de los tratamientos para pacientes diabético, ya que cómo proponen Rodríguez, Rentería y Rodríguez (2016), existen teorías y modelos específicos que abordan la adherencia terapéutica, postulando y estudiando diversas variables, cómo la Teoría Social Cognitiva, el Modelo de Creencias en Salud o el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Para así poder lograr cambios cognitivos y conductuales en los pacientes y fomentar la adherencia al tratamiento y que perciban su enfermedad como parte de la vida, y no como una limitante que constantemente le impone restricciones. Esto ayudará a que acepte la enfermedad y aprenda a vivir con ella para el logro de un adecuado desarrollo biopsicosocial (Novales et al., 2015).

Por otra parte, en lo que se refiere a los pacientes con trastornos de diferenciación sexual había una falta de comprensión de su enfermedad y de las implicaciones de la misma, por lo cual, se explicaron los distintos trastornos y se concientizó sobre sus consecuencias. Para los pacientes fue importante conocer a personas

con diagnósticos similares con quienes compartieron experiencias de las cirugías y de sus emociones, lo cual los motivaba a ser parte del grupo.

Otro aspecto relevante fue la identificación de sus cualidades, apariencia y capacidades, lo que contribuyó en la mejora de su autoestima. Sin embargo, el taller no implicó el trabajo con padres de familia, quienes sufren emociones negativas al presentarse esto; cómo Mejías y otros (2007) mencionan, todo paciente con una anomalía de la diferenciación sexual debe ser tratado por un equipo especializado, que incluye el tratamiento psicológico adecuado a los padres y familiares.

Aunado a lo anterior, los padres en muchos casos de diferenciación sexual, son los que tienen que elegir el sexo de sus hijos, cómo refieren Enríquez, Rittler, Pomata y Brunetto (1998), la falta de definición de una identidad sexual, provoca ansiedad, además de la presión ejercida por la sociedad, lleva a la necesidad de un diagnóstico rápido y preciso, con un manejo de la información hacia sus angustiados progenitores.

Por lo cual se tiene que llevar orientación y un manejo de solución de problemas con ellos para evaluar y tomar una decisión, y así puedan criar al paciente en un ambiente donde se adapte con toda convicción al sexo “asignado” (Mejías y otros, 2007).



## CONCLUSIÓN

El Hospital Infantil de México Federico Gómez es una Institución de asistencia a pacientes pediátricos que requieren especialidad y alta especialidad médica, su población principal presenta un nivel socioeconómico bajo, por lo tanto, tiene un alta demanda en los servicios que brinda, uno de ellos es psicología, el cual se divide en las distintas especialidades médicas. El área de Endocrinología es uno de los servicios con gran incidencia de pacientes que van desde diagnósticos de Obesidad hasta pacientes diabéticos, entre otros.

Por tal motivo, el Servicio de Psicología del área de Endocrinología, rebasa la cantidad de pacientes que pueden ser atendidos por un psicólogo y un consultorio, razón por la cual se sugiere a la Institución, haber más psicólogos en el área para dar mayor atención a todos los pacientes que llegan, ya que al ser grande la población, se ven a los pacientes cada 3 meses en consulta individual y no llevan un seguimiento frecuente. Aunado a esto, la asistencia a las consultas psicológicas por parte de los pacientes no es regular, ya que pueden faltar y reagendar cita, siendo entonces que ya no son sólo 3 meses desde la última vez de su consulta, sino, 6 meses, interfiriendo en su tratamiento.

A causa de esto, es necesario contar con más personas que brinden servicio a esta población, que colaboren a través de Prácticas Profesionales y Servicio Social para abarcar todas las necesidades de cada uno de los pacientes que así lo requieran.

Debido a lo anterior, una manera de atender a un mayor grupo de pacientes y trabajar de manera más continúa, fue creando talleres, los cuales permitieron brindar mayor atención a los pacientes de la Institución y tener intervenciones frecuentes. La creación de estos grupos, permitieron identificar cómo el paciente al

observar sus cambios y/o los de sus compañeros, continuaron motivados en el proceso terapéutico, aumentando la confianza en sí mismos.

Se debe agregar que, al término de los talleres se sugiere que los pacientes y sus padres sigan con citas esporádicas, para observar y preservar el mantenimiento de los resultados obtenidos tras el taller.

Así mismo, podrían ajustarse los planes de intervención de los grupos, que favorezcan los beneficios de la intervención, cómo el añadir sesiones de autoestima en el grupo de obesidad, modificar la secuencia de las sesiones y empezar a trabajar con auto-registros, para que los pacientes se den cuenta primeramente de los hábitos y conductas que realizan, pueden estar afectando su salud, para después así explicar cómo el realizarlas provocan por ejemplo, niveles de azúcar altos, un índice de masa corporal mayor y posibles consecuencias de presentar otras enfermedades, para así concientizar el por qué es importante modificar ciertas conductas, y poder lograr adherencia al tratamiento y un estado estable en cada paciente.

Además, se debe crear talleres psicoeducativos dirigidos a padres de familia, apoyando, orientando y concientizándolos para fortalecer la actitud de los mismos hacia la enfermedad de sus hijos.

Habría que considerar también, el contexto sociocultural y la edad en la que se encuentra el paciente al momento de comunicar el diagnóstico, ya que esto puede influir en la manera en cómo ellos perciban su enfermedad, ya que no es lo mismo que diagnostiquen a un niño con diabetes que a un adolescente, cada uno sufrirá cambios distintos, ahí es donde el psicólogo puede evaluar dichos cambios cognitivos, conductuales y emocionales, para poder elaborar programas y tratamientos adecuados para cada uno.

Dicho lo anterior, es importante sugerir a la Institución que en las intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales, haya evaluaciones tanto cualitativas como cuantitativas, pre test y post test, para que tengan la posibilidad de evaluar los tratamientos efectuados y los cambios generados en el trabajo realizado, y poder así diseñar estrategias para mejorar las intervenciones.

Así cómo seguir investigando elementos en los programas psicoeducativos en diabetes y obesidad que promuevan y fortalezcan las conductas de autocuidado, además de maximizar la autoconciencia, la autonomía y confianza en el paciente para que éste pueda hacerse cargo de su salud. Aunado a esto, sería importante que en la institución ampliarán las referencias bibliográficas con las que se apoyan para el tratamiento psicológico de pacientes con obesidad, diabetes y trastornos de la diferenciación sexual; con el objetivo de conocer nuevas estrategias e investigaciones teórico-prácticas que se puedan adaptar para la intervención en estos pacientes.

Durante esta práctica profesional, se pudo observar también la importancia del psicólogo en el tratamiento de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, aunque todavía la posición del psicólogo no ha sido integrada activamente como parte de la atención primaria del paciente, sin embargo, se tiene que considerar y evaluar el requerimiento de estos profesionales de la salud para el tratamiento del paciente, y eso sólo se logrará cuando se compruebe la importancia del trabajo psicológico.

En general, tanto la preconsulta, cómo la terapia supervisada, los talleres y la evaluación a los médicos residentes, permitió al prestador de prácticas y servicio social, aumentar conocimientos, mejorar habilidades y desarrollar otras, en beneficio propio y de los demás. Cumpliendo con cada uno de los objetivos y actividades establecidas en el plan, brindando atención y apoyo emocional a niños y adolescentes con problemáticas psicológicas como duelo, ansiedad, falta de adherencia al tratamiento médico, depresión, retraso mental, trastorno por déficit

de atención e hiperactividad, etc.; a partir de técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y de algunas técnicas de la Terapia Gestalt, las cuales favorecieron el equilibrio emocional en los niños, adolescentes y padres de familia.

Se fortaleció la experiencia en evaluaciones psicológicas y se desarrollaron habilidades para la elaboración de programas conductuales, además de adquirir destrezas para la orientación a padres de familia para un manejo conductual y del estilo de crianza de los niños. También, se obtuvieron herramientas en la planeación, estructuración y aplicación de talleres psicoeducativos, lo que fortaleció la seguridad al dirigir grupos.

El trabajar con niños y adolescentes, me permitió identificar que cuando un psicólogo clínico trabaja con menores de edad no sólo trabaja con intervenciones en niños y adolescentes, si no que al mismo tiempo actúa con adultos, los padres de familia, a quienes algunas intervenciones son dirigidas; pero además, se trabaja con la familia, convirtiéndose entonces en un trabajo interdisciplinario.

También, con las intervenciones tanto grupales como individuales, pude comprobar la importancia que tiene que los niños y adolescentes estén informados y comprendan su diagnóstico, para que de esta manera aprendan a vivir y a manejarse con su trastorno (diabetes, obesidad, intersexualidad, etc.).

Además, se debe agregar que el trabajar con auto-registros permite a los pacientes darse cuenta y realizar una evaluación de su conducta problema; y para el psicólogo facilita el análisis funcional de la conducta y el establecimiento de un tratamiento.

Por otra parte, es fundamental el trabajo multidisciplinario con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales para evaluar el avance del paciente hospitalizado; cómo la asistencia a juntas interdisciplinarias para la toma de decisiones acerca del bienestar del paciente.

Así mismo, se adquirió experiencia en el área de la psicología organizacional participando en la entrevista, evaluación e interpretación de pruebas, encaminadas a la selección de aspirantes a residencias de especialidad, sub especialidad y alta especialidad del Hospital Infantil Federico Gómez.

Considerando lo anterior, se recomienda realizar prácticas profesionales y/o servicio social en dicha Institución, ya que el alumno fortalece conocimientos y experiencia, a través de desarrollar programas de intervención psicoterapéutica y de psicoeducación, en niveles individual y grupal. Además, complementa la formación del estudiante en el aspecto humano vinculado con los conocimientos adquiridos en la escuela a la práctica profesional, al enfrentarse a un sector social con distintas carencias.

Esta práctica profesional se favoreció debido a la formación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que las materias que se imparten durante la carrera ayudaron al estudiante a facilitar la comprensión del desarrollo psicológico humano y crear estrategias de solución para las problemáticas del Hospital, cómo lo son Teoría y técnica de la entrevista I y II, Psicodiagnóstico I y II, Teorías y sistemas terapéuticos, Psicopatología y personalidad, Integración de informes psicológicos e Intervención en niños y adolescentes I, las cuales aportaron conocimientos teórico-prácticos, facilitando las pautas para actuar en el proceso de intervención en una población real y permitiendo identificar la relación y el trabajo conjunto entre cada una de ellas.

También cabe señalar el uso y la práctica de las distintas áreas de la psicología, cómo la psicología clínica y de la salud, las ciencias cognitivas y del comportamiento, psicobiología y neurociencias, psicología de la educación y la psicología organizacional en la práctica profesional, por lo cual es importante que cómo parte del plan de estudios continúen en los primeros semestres materias de formación general, ya que en el trabajo profesional es de gran utilidad tener

conocimientos teóricos de cada una, que sirven como base para comprender, crear y aplicar nuevas técnicas.

Sin embargo, debería haber mayor participación de la práctica profesional en las materias desde los primeros semestres, con el fin de vincular lo teórico con la práctica, para que de esta manera haya oportunidad de reafirmar lo aprendido y se facilite al estudiante la aplicación de estas en un sector con problemáticas reales. Además de que algunas materias que se imparten hasta octavo semestre, como lo es Intervención en niños y adolescentes, se sugeriría que comenzará a darse desde que los alumnos eligen el área de psicología clínica y de la salud, ya que en mi experiencia, consolida e integra muchos conocimientos teóricos de otras materias de manera práctica y facilita el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes.

En conclusión, se contribuyó con la Institución en dar atención a un grupo de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, donde se puso en práctica la parte teórica aprendida durante la licenciatura y se adquirió experiencia profesional como psicólogo de distintas áreas, pero en especial como psicólogo clínico y de la salud. Razones por las cuales, el trabajo efectuado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, fue enriquecedor y permitió alcanzar objetivos del servicio social, de la institución y del prestador de Prácticas Profesionales y Servicio Social, por lo que se recomienda que futuras generaciones puedan realizar su servicio social en ésta Institución y generen estrategias para mejorar la atención y tratamientos a la población de éste lugar, y al mismo tiempo desarrollen habilidades como profesionales.

## REFERENCIAS

- American Diabetes Association. (1994). *Manejo Médico de la Diabetes Insulino Dependiente (Tipo I)*. USA: Clinical Educational Series.
- Agramonte, A. (2006). Tratamiento quirúrgico de los genitales ambiguos: fundamentos e implicaciones psicológicas y sexuales. *Revista Cubana de Endocrinología*, 17(3).
- Arana, J. Brito, O., Arana, J. & Sabag, E. (2016). Efectos de la educación comunitaria sobre factores de riesgo en adultos mayores prediabéticos. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27(1), 45-58.
- Bayona, E. (2011). Enfermedad y pobreza en la Sierra de Chiapas. *LiminaR*, 9(2), 93-115.
- Beyebach M. (2013). *La terapia familiar breve centrada en soluciones*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2016 de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>
- Bilbao, A., Beniel, D., Pérez, M., Montoya, Inmaculada., Alcón, J. & Prado, V. (2014). El autoconcepto y la adaptación a la enfermedad en pacientes diabéticos pediátricos. *Clínica y Salud*, 25(1), 57-65.
- Buela, G., Caballo, V. & Sierra, C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. España: Editorial Pirámide.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI.
- Candelaria, M. & García, I. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39.
- Cassell, E. (1999). Diagnosing suffering: a perspective. *Annals Of Internal Medicine*, 131(7), 531-534.
- De Shazer, S. (2004). *Claves en psicoterapia breve*. España: Gedisa S. A.

- Díaz, O. (2016). La importancia de desarrollar estructuras eficientes de educación terapéutica en pacientes con diabetes. *Revista Cubana de Endocrinología*, 27(2), 120-122.
- Dorantes, A., Martínez, C. & Guzmán, A. (2012). *Endocrinología clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1998). *Diabetes: caring for your emotions as well as your health*. MA: Perseus Books Group.
- Enríquez, D., Rittler, M., Pomata, J. & Brunetto, O. (1998). Genitales ambiguos: Incidencia, presentación de un caso clínico, orientación diagnóstica y recomendaciones. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 7(1), 25-30.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Fernández, R. (2013). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Gatchel, R. & Oordt, M. (2003). *Clinical health psychology and primary care practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington: American Psychological Association.
- Hernández, M. (2011). Pubertad precoz. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*, 4(1), 3-9.
- Islas, S. & Lifshitz, A. (1993). *Diabetes Mellitus*. México: Interamericana.
- Jiménez, M. & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 126-143.
- Korbman, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Editorial TRILLAS.
- Lafuente, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490-1504.
- Lancheros, L., Pava, A. & Bohórquez, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de los conocimientos, actitudes y prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *DIAETA*, 28(133), 17-23.



- Ledón, L. (2014). La comunicación en el campo de la diabetes mellitus, algunas pautas para su acción efectiva. *Revista Cubana de Endocrinología*, 25(2), 124-138.
- Ledón, L. (2015). Reflexiones acerca del estudio sobre pensamientos intrusos en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(1), 1-5.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- López, M. (2001). *Diabetes Mellitus Tipo I: Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en niños y adolescentes*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Manchado, A., Anarte, M. & Ruíz de Adana, M. (2010). Predictores de calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I. *Clínica y Salud*, 21(1), 35-47.
- María, R. (2008). *La terapia cognitivo conductual aplicada a las actividades de preconsulta, intervención terapéutica e impartición de talleres en el centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila como parte del programa de servicio social en clínica*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Martín, A. (2013). *Manual práctico de psicoterapia Gestalt*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Martin, G. & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla*. Madrid: PEARSON.
- Martos, G., Argente, J., Buñuel, J., Tort, S. & Alonso, P. (2010). Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Parte II: Tratamiento. *Revista Española de Pediatría*, 66(6), 337-341.
- Márquez, B., Armendáriz, A., Bacardí, M. & Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(1), 1-5.
- Mejías, Y., Duany, O. & Taboada, N. (2007). Trastornos de la diferenciación sexual: presentación de un caso de genitales ambiguos y revisión del tema. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(3).
- Miller, W. & Rollnick, S. (2012). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.
- Molina, A. (2001), Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2(1), 23-40.

- Monjas, M. (2006). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Ciencias De La Educación Preescolar y Especial.
- Novales, R., García, A., Hernández, J., Novales, A., García, M. & Hernández, Y. (2015). Caracterización psicológica de escolares con diabetes mellitus tipo 1 a través de sus representaciones gráficas. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(3), 209-221.
- Oaklander, V. (2001). *Ventanas para nuestros niños y adolescentes*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Oblitas, A. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. México: CENGAGE Learning.
- Ocampo, P. & Pérez, A. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *Semergen N*, 36(6), 325-331.
- Organización Mundial de la Salud. Consultado 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Consultado 2016. Disponible en: [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/)
- Perea, A., López, G., Padrón, M., Lara, A., Santamaría, C., Ynga, M., Peniche, J., Espinosa, E. & Ballesteros, J. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediátrica de México*, 35(4), 316-337.
- Perls, F. (2006). *Terapia Gestalt*. México: Editorial PAX México.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Pirela, G., Toro, M. & Cubillán, E. (2015). Actitud de los padres hacia la enfermedad de diabetes mellitus de sus hijos. *Ciencia Odontológica*, 12(1), 42-55.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F. & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.

- Rodríguez, A. & Baly, M. (1997). Atención primaria en estomatología, su artuación con el médico de la familia. *Revista Cubana de Estomatología*, 34(1), 28-39.
- Rodríguez, M., Mendoza, E., Cumplido, A., Simental, L., Rodríguez, G., Sánchez, G., Ramírez, P., Cumplido, G., Ortiz, G., Pinedo, G., Meza, A., Ortiz, A., Puerta, G. & Guerrero, F. (2014). Terapia cognitivo conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 68-73.
- Rodríguez, M., Rentería, A. & Rodríguez, N. (2016). Cambios en la dieta y en indicadores antropométricos de pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico de intervención. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 43-49.
- Rosa, I. & Rausch, J. (2011). Entrevista motivacional no tratamiento de sobrepeso/ obesidade: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 2-7.
- Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13(1), 21.
- Sámano, L. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*, 31(1), 15-19.
- Santamaría, P. (2003). La terapia de grupo como herramienta de trabajo en la educación sanitaria de los pacientes con Diabetes Mellitus. *Metas de Enfermería*, 6(55), 24-26.
- Sinay, S. (2006). *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Editorial ERREPAR.
- Torres, V., Castro, A., Matarán, G., Lara, I., Aguilar, M. & Moreno, C. (2011). Beneficios de la terapia cognitivo conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1018-1024.
- Vega, O., Mendoza, M., Ureña, M. & Villamil, W. (2008). Efecto de un programa educativo de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 1-19.
- Ventura, J., Pacheco, L. & De Luca, Y. (2015). Evaluación de la autoestima en niños con diagnóstico de diabetes. *Horizonte Sanitario*, 14(1), 21-25.
- Woldt, A. (2007). *Terapia Gestalt. Historia, teoría y práctica*. México: Editorial El Manual Moderno.

Zúñiga, F., Inzunza, C., Ovalle, C. & Ventura, T. (2009). Diabetes mellitus tipo 1 y psiquiatría infanto-juvenil. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(5), 467-474.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### Plan de Intervención para el Taller de Obesidad.

**Objetivo:** Lograr un cambio de actitud del niño con respecto a la Obesidad, promoción de hábitos alimenticios saludables, además de la adherencia al tratamiento y lograr el mantenimiento del peso corporal.

Sesión	Tema	Actividades a desarrollar	Tiempo	Material
1	Integración de los participantes al grupo.  Objetivo: Conocimiento e integración de las pacientes, además de fomentar el respeto, la comunicación y la confianza.	Se realizará una dinámica de integración, la cual consistirá en la presentación de los pacientes, compartiendo gustos, intereses y comentando cómo ha sido el proceso de su enfermedad. También se dialogará sobre lo que se necesita en el grupo para que exista un buen nivel de confianza. Se establecerán las reglas que se requieren para el correcto funcionamiento del grupo, como respeto, puntualidad, confidencialidad, etc., y se escribirán en una cartulina que será pegada en el consultorio. Es necesario conocer lo que ellos esperan y quisieran que se trabaje en el Taller.	60 min.	-Gafetes con su nombre. -Plumas. -Cartulina.
2	Lograr el cambio de actitud.  Objetivo: Sensibilizarlos y guiarlos en cuanto a los problemas que conlleva la obesidad.	El terapeuta debe explicar lo que es la Obesidad y las consecuencias de ésta. Posteriormente, el niño o adolescente debe de hacer una lista general de las ganancias que obtendrá al bajar de peso, así como una lista de los esfuerzos que tendrá que realizar para lograrlo.	60 min.	-Información detallada de los problemas físicos y psicológicos agregados a la enfermedad. -Hojas para realizar el formato. -Plumas.
3	Hábitos de alimentación.  Objetivo: Que el paciente se dé cuenta que los alimentos que consume tienen en general un contenido calórico muy alto y, por el contrario, un nivel nutritivo bajo.	Explicar a los pacientes que los alimentos que generalmente consumen tienen un contenido calórico alto y dar ejemplos de cuadros comparativos de comida saludable con una de comida no saludable. Se le pedirá al paciente que realice registros semanales de comida y contrastarlos con las tablas de nutrición.	60 min.	-Hojas. -Lápices. -Registros de comida llenados por el paciente. -Ejemplos de cuadros comparativos de comida. -Tablas de nutrición.
4	Enseñanza de balances negativos en la alimentación.  Objetivo: Que el niño o adolescente comience a balancear las calorías que ingiere de tal forma que dicho balance sea negativo y comience a bajar de peso.	El psicólogo dará una explicación sobre el consumo de calorías, mencionando que el balance energético es la diferencia entre el número de calorías que se comen y el número de calorías que el cuerpo quema a través del ejercicio y la actividad que realiza. Si el balance energético es igual a cero, su cuerpo siempre se mantendrá igual. Si el balance energético es positivo (el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías quemadas), el exceso de calorías se reflejará en la grasa del cuerpo. Si el balance energético es negativo (el número de calorías ingeridas es menor que el número de calorías quemadas), la grasa corporal disminuirá.  Se le pedirá al paciente que durante las siguientes semanas consuma alimentos con menor contenido calórico y reporte los cambios que observó en su organismo.	60 min.	-Información referente a cómo mantener un equilibrio en el peso. -Hojas Blancas para el formato para el registro de cambios en el cuerpo. -Plumas

5	<p>Establecimiento de metas.</p> <p>Objetivo: Que el paciente establezca objetivos primordiales dentro del programa.</p>	<p>El niño o adolescente con ayuda del terapeuta debe establecer metas alcanzables dentro del programa, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajar un determinado número de kilogramos.</li> <li>- Disminuir el porcentaje de sobrepeso.</li> <li>- Perder peso en un determinado tiempo.</li> </ul> <p>El niño realizará una lista con las ganancias y esfuerzos que obtendrá al llegar a ésta.</p>	60 min.	<p>-Plumas. -Lápices. -Hojas Blancas, para realizar el formato de establecimiento de metas</p>
6	<p>Realizar contratos.</p> <p>Objetivo: Adherencia al tratamiento, por medio de alcanzar su meta.</p>	<p>El terapeuta pedirá al paciente que llene el formato del contrato comprometiéndose a por lo menos una actividad propuesta por él mismo, la cual deberá desarrollar en el transcurso de la semana; de igual forma, se establecerá la consecuencia (reforzamiento positivo).</p> <p>Se explicará a los padres la actividad y se les sugerirá actividades sugeridas para reforzar el esfuerzo del niño o adolescente.</p>	60 min.	<p>-Plumas. -Lápices. -Hojas Blancas. - Formato de contrato con la fecha, que se compromete a realizar esta semana y lo que obtendrá por ello, firmado por el paciente, padres y terapeuta.</p>
7	<p>Proporcionar, explicar y revisar los auto-reportes.</p> <p>Objetivo: El niño identifique y evalúe patrones de conducta en el seguimiento o mal adherencia al tratamiento.</p>	<p>Se proporcionará información específica que ayude a los pacientes a evaluar la manera en que se comportan al ingerir algún alimento. Además se les proporcionará al menor el formato de auto-reporte, explicándoles su objetivo y como deberán llenarlo. El formato debe contener fecha, lo que come, cantidad, lugar, posición en la come, grado de hambre, suceso anterior a la comida y estado de ánimo que presenta.</p> <p>Se les pide a los niños que con ayuda de un compañero indiquen que es lo que factores influyen en su alimentación y que es lo que identifican está mal a la hora de comer. Dichas evaluaciones pueden dar lugar al establecimiento de reforzamientos positivos o negativos.</p>	60 min.	<p>-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices. - Formato de auto-reporte.</p>
8	<p>Promoción de hábitos alimenticios.</p> <p>Objetivo: Que el paciente aprenda a controlar su forma de comer y lo haga de manera responsable y adecuada.</p>	<p>Se dará información de las conductas que hay que llevar a cabo, como cortar la comida en porciones pequeñas, aumentar el número de bocados en la comida, dejar los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado, identificar lugares, hora de inicio y de fin del consumo del alimento y si observo la televisión o realizó otra actividad mientras comían. El psicólogo proporcionara al niño un nuevo formato en el que debe registrar los cambios mencionados, además de explicarle el propósito de dichos cambios.</p>	60 min.	<p>-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices. - Formato de modificación conductual.</p>
9	<p>Involucrar al niño o adolescente en otras actividades.</p> <p>Objetivo: Que el niño o adolescente incremente su actividad física.</p>	<p>Se orienta al paciente hacia una actividad que sea de su agrado, para que incremente la actividad física. Además de mencionarles actividades recomendadas y el gasto energético que éstas implican. Se le explicará y se pedirá al paciente que llene el formato de actividad física realizada.</p>	60 min.	<p>-Plumas. -Lápices. - Formato y registro de actividad física realizada.</p>
10	<p>Desplazamiento de los sentimientos hacia otras actividades.</p>	<p>El terapeuta pedirá al paciente que identifique sus sentimientos cuando coma, y que elabore una lista de las actividades que pueda realizar cuando se percate de que su necesidad de comer está motivada por un sentimiento y no por el hambre.</p>	60 min.	<p>-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices.</p>

	Objetivo: Que el niño o adolescente se dé cuenta que su deseo de comer está motivado por algún sentimiento, como enojo, felicidad, etc., y que vea que hay formas de obstaculizar dicho deseo.			-Ejemplos de actividades que funcionen para obstaculizar el deseo de comer, cómo jugar fuera de casa o andar en bicicleta.
11	Mantenimiento del peso corporal.  Objetivo: Que el paciente llegue a su meta establecida y que recuerde lo trabajado para mantener su peso ideal.	El psicólogo recordará a los pacientes lo trabajado con el balance energético y lo visto en las sesiones pasadas, con el objetivo de que el paciente al haber cumplido su meta, pueda mantenerse su peso. Se programarán citas esporádicas con el paciente y sus padres, para seguir evaluando el mantenimiento del peso.	60 min.	-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices. - Formato de seguimiento de caso.
12	Cierre.  Objetivo: Que los pacientes realicen una reflexión personal de la sesión y cierre.	Se pedirá a los pacientes que realicen un dibujo y escriban todo lo que aprendieron en el año dentro del Taller de Obesidad. Además de que compartan como se sintieron y en qué les ayudo.	60 min.	-Hojas. -Colores y lápices. -Plumas.



## ANEXO B

### Plan de Intervención para el Taller de Diabetes para Escolares.

**Objetivo:** Facilitar en los menores diagnosticados con Diabetes Mellitus una comprensión de su enfermedad, además de la adherencia al tratamiento.

Sesión	Tema	Actividades a desarrollar	Tiempo	Material
1	Integración de los participantes al grupo.  Objetivo: Conocimiento e integración de las pacientes, además de fomentar el respeto, la comunicación y la confianza entre ellos.	Se realizará una dinámica de integración, en la cual los pacientes tienen que sentarse en círculo, el terapeuta entregará una pelota, la cual mientras se entona una canción se hace correr de mano en mano; a una señal del psicólogo, se detiene el ejercicio. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo, diciendo su nombre, lo que le gusta hacer y su diagnóstico. El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.  Además se establecerán las reglas que se requieren para el correcto funcionamiento del grupo, como respeto, puntualidad, confidencialidad, etc. Es necesario conocer lo que ellos quisieran que se trabajara, esto se hará con los niños y sus padres por separado.	40 min. (Niños)     30 min. (Padres)	-Gafetes con su nombre. -Plumas. -Cartulina. -Pelota
2	Información de Diabetes, hipoglucemia, hiperglucemia, tratamiento y consecuencias.  Objetivo: Sensibilizarlos y guiarlos en cuanto a la diabetes y los problemas que conlleva.	Por medio de un juego (Maratón de Diabetes) se preguntará a los niños la información que ellos tienen sobre la diabetes, tratamiento y consecuencias de la misma, retroalimentándolos y proporcionando información que no conozcan.  Con los padres se realizará una retroalimentación mencionando la información que se les dificulta a sus hijos, además de aclarar dudas.	50 min. (Niños)    30 min. (Padres)	- Maratón de Diabetes. -Dados. -Información sobre diabetes.
3	Ganancias y esfuerzos.  Objetivo: Motivar y concientizar a los menores sobre el apego al tratamiento	Se realizará un dibujo en el cual los pacientes representen los beneficios que tienen al adherirse al tratamiento y los esfuerzos que tienen que realizar, al final lo comentaran con el grupo.  Con los padres se hablará sobre las acciones que pueden evitar para tener una mejor relación con sus hijos, como el ofrecer apoyo y tranquilidad, no hablar de la diabetes que padece el paciente en público, a menos que el paciente lo autorice y no criticarlo cuando sucumbe a la tentación.	40 min. (Niños)    30 min. (Padres)	-Hojas. -Lápices y colores. - Lista de los 10 mandamientos para la familia del paciente con diabetes (Tomado de López, 2001).
4	Funcionamiento de la insulina y su relación con la alimentación (relación insulina-	Se realiza una actividad en la cual los menores conozcan las causas de una hÍper o hipoglucemia para llegar a prevenirlas, por medio de contar las calorías que	50 min. (Niños)	-Billetes que representen unidades de insulina.

	comida).  Objetivo: El menor tenga herramientas para actuar ante una situación de hÍper o hipoglucemia y así aminorar las consecuencias.	pueden consumir con cierta cantidad de insulina. Se evalúa si identifican y actúan para contrarrestar un hipo o hiperglucemia. Se enfatiza la importancia de que las personas cercanas a ellos conozcan que tienen diabetes para apoyarlos en esta situación. Con los padres de familia se hablara de cómo pueden ayudar a sus hijos a afrontar y prevenir situaciones de hÍper o hipoglucemias, se aclararan dudas al final de la sesión.	30 min. (Padres)	-Dibujos de alimentos que contengan las calorías correspondientes.
5	Responsabilidad en el cuidado de su salud.  Objetivo: Aumentar la responsabilidad en cuanto a los cuidados que cada paciente debe de tener con respecto a su enfermedad.	Se comentará en el grupo el tratamiento a seguir. Posteriormente por medio de un juego ellos comentarán que aspectos realizan de su tratamiento y en cuales pueden llegar a participar. Se reúne a los participantes en círculo y, se turnaran para decir un aspecto en el que participe con respecto a su tratamiento, por ejemplo "Yo me inyecto solo" o "Yo podría elegir mis colaciones". Al final compartirán la responsabilidad que ellos tienen en su tratamiento y que aspectos pueden elegir de él. A los padres se les proporcionara un cuadro de las actividades de tratamiento que sus hijos pueden realizar con respecto a su edad y se alentará que propicien que sus hijos tomen algunas decisiones.	50 min. (Niños)  30 min. (Padres)	- Cuadro de actividades de tratamiento que pueden realizar los menores con respecto a su edad (Tomado de López, 2001).
6	Habilidades sociales.  Objetivo: Fomentar habilidades sociales que les faciliten seguir su dieta a pesar de la incitación de familiares o amigos.	Se realizará una dramatización en la cual los pacientes escenifiquen una situación en la que tengan que rechazar algún alimento que no se encuentre en su dieta.  Con los padres se comentará la participación que ellos tienen para facilitar que sus hijos rechacen alimentos que no están permitidos.	30 min. (Niños)  30 min. (Padres)	-Juguetes.
7	Proporcionar, explicar y revisar los auto-reportes.  Objetivo: El niño identifique y evalúe patrones de conducta en el seguimiento o mal adherencia al tratamiento.	Se les pide a los niños que con ayuda de un compañero indiquen que factores influyen en sus niveles de glucosa. Se le proporcionará al menor el formato de auto-reporte, explicándoles su objetivo y como deberán llenarlo.  De igual manera esto se explicará a los padres de familia, quienes llenaran junto con sus hijos sus auto-reportes.	40 min. (Niños)  30 min. (Padres)	-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices. -Formato de auto-reporte.
8	Horarios.  Objetivo: El menor genere hábitos que le ayuden a adherirse al tratamiento	Se explicará la importancia de establecer horarios para sus actividades, como horarios de dormir, comer, inyectarse la insulina, realizar ejercicio y tareas escolares. Por lo que se les pedirá a los pacientes que realicen su horario de actividades, colocando la hora, lo que hacen y un dibujo.  Se hablará con los padres de familia sobre la importancia de los hábitos y su participación para establecerlos, se les explicará un manejo conductual con reforzadores para cambiar ciertas conductas y reforzar el seguimiento de sus horarios.	30 min. (Niños)  40 min. (Padres)	-Hojas Blancas. -Plumas. -Lápices. -Horarios.

9	<p>Realización de contratos.</p> <p>Objetivo: Realizar contratos por escrito en los que el niño, el padre y el terapeuta establezcan ciertos acuerdos que lo motivarán a esforzarse y lograr la meta planteada.</p>	<p>El menor seleccionará una meta en la que se quiera enfocar que sean alcanzables y a corto plazo, en cuanto a sus cuidados, que sí son logradas, tengan una consecuencia positiva para él. Por lo cual, padres e hijos establecerán los privilegios que se lograrán tras la ejecución de la conducta y penalizaciones si no lo cumple. Se especificará qué debe de hacerse y cuántas veces en un contrato escrito en donde padres e hijos se comprometan a realizarlos.</p>	60 min. (Niños y Padres)	-Hojas. -Plumas.
10	<p>Seguimiento y renovación del contrato.</p> <p>Objetivo: Evaluar el cumplimiento de la conducta e introducir modificaciones.</p>	<p>Se revisará el cumplimiento del contrato para evaluar su cumplimiento e introducir modificaciones entre las partes, y si es necesario se renovará con otras metas que propicien la adherencia al tratamiento. Además se reforzará los avances que los menores han obtenido y el apoyo de los padres.</p>	60 min. (Niños y Padres)	-Contrato.
11	<p>Auto-concepto y diabetes.</p> <p>Objetivo: Que el menor identifique que su enfermedad no es lo único que lo define como persona.</p>	<p>Se explicará a los niños las diferentes características que definen a las personas y se les pedirá que identifiquen qué características los definen a parte de la diabetes.</p> <p>Se dará a cada paciente hojas blancas y materiales; con lo que debe construir un escudo de armas personal. En este espacio ellos deben representar los aspectos positivos de su personalidad, sus logros, cualidades, objetivos o aficiones. Recalcando que es sólo lo positivo. Cada uno de los escudos se coloca en la pared y los explicarán a sus demás compañeros.</p> <p>A los padres, se les explicará la actividad y se pedirá a los padres manejar constructivamente sus miedos y resentimientos, así como ser sensibles y tener comunicación con ellos.</p>	40 min. (Niños)  40 min. (Padres)	-Hojas blancas y de colores. -Colores. -Plumines. -Tijeras. -Pegamento.
12	<p>Cierre.</p> <p>Objetivo: Que los pacientes y los padres de familia realicen una reflexión personal de la sesión y cierre.</p>	<p>Se pedirá a los pacientes que realicen un dibujo de lo que aprendieron en el año acerca de su diabetes y las metas que lograron. El terapeuta mencionará a cada paciente sus logros y lo felicitará por lo que lograron realizar y las nuevas responsabilidades que adquirieron en cuanto a su enfermedad. Así mismo los padres, señalarán lo que aprendieron y de qué manera las ayudo el grupo; además, les mencionarán a sus hijos los cambios que notaron en ellos y cómo se sienten con eso.</p> <p>Por último, tanto padres como niños, comentarán lo que les gusto, lo que no y lo que les gustaría que cambiará del grupo.</p>	60 min. (Niños y Padres)	- Hojas. -Colores.

## ANEXO C

### Plan De Intervención para el Taller de Diabetes para Adolescentes.

**Objetivo:** Facilitar en los menores diagnosticados con Diabetes Mellitus una comprensión de su enfermedad, además de la adherencia al tratamiento.

Sesión	Tema	Actividades a desarrollar	Tiempo	Material
1	Integración de los participantes al grupo.  Objetivo: Conocimiento e integración de las pacientes, además de fomentar el respeto, la comunicación y la confianza entre ellos.	Se motivará a los chicos a presentarse, diciendo su nombre y edad. Es necesario mencionar las reglas que se requieren para el correcto funcionamiento del grupo, respecto a respeto, puntualidad, confidencialidad, etc. Se les dará una hoja con preguntas y respuestas fundamentales no invasivas que les permitirá encontrar similitudes entre ellos. Se sentarán en dos filas, con las sillas de frente y contarán con un minuto para preguntar y contestar, se rolarán los lugares hasta que todos hayan platicado entre sí. Posteriormente se intercambiarán impresiones en conjunto. Es necesario conocer lo que ellos quisieran que se trabajará dentro del grupo.	60 min.	-Gafetes con su nombre. -Plumas. -Cartulina. -Lista de preguntas básicas
2	Información de Diabetes y tratamiento.  Objetivo: Sensibilizarlo y guiarlo en cuanto a la diabetes y los problemas que conlleva.	Se dará una explicación de la diabetes, tipos de diabetes, síntomas, tratamiento, complicaciones y reacciones emocionales. Se preguntará a los chicos la información que sepan acerca de su enfermedad proporcionando información que no conozcan y aclarando sus dudas. Además compartirán como ha sido el proceso de su enfermedad.	60 min.	-Información detallada sobre diabetes.
3	Ganancias y esfuerzos.  Objetivo: Motivar y concientizar a los menores sobre el apego al tratamiento.	Se realizara dos listas en donde especifiquen los beneficios que obtienen al adherirse al tratamiento y los esfuerzos que tienen que realizar para lograrlos, al final lo comentarán con el grupo y señalaran que es lo que les falta en cuanto a sus cuidados y niveles de glucosa.	60 min.	-Hojas. -Lápices.
4	Pérdidas y duelo.  Objetivo: Los menores identifiquen y expresen las emociones que han presentado.	La pérdida de la salud es un tema que es conveniente abordar desde las etapas del duelo y sus reacciones esperadas, las cuales pudieran o no presentarse en los participantes del grupo, no siempre en un orden establecido, es por ello que se explicarán y se facilitara a los menores la identificación en su propia persona. Además, comentarán su experiencia, las etapas por las que han pasado y los recursos con los que cuentan.	60 min.	-Información sobre el duelo, sus etapas, así como de las emociones que involucra cada una.
5	Responsabilidad en el cuidado de su salud.  Objetivo: Aumentar la responsabilidad en cuanto a los cuidados que cada paciente debe de tener con respecto a su enfermedad.	Se comentará en el grupo el tratamiento a seguir, las actividades que ellos tienen que realizar para mantener un equilibrio en sus niveles de glucosa. Al final compartirán la responsabilidad que ellos tienen en su tratamiento y que aspectos pueden elegir de él, así mismo se alentará la toma de decisiones.	60 min.	-Cuadro de actividades de tratamiento que pueden realizar los menores con respecto a su edad (Tomado de López, 2001).

6	<p>Funcionamiento de la insulina y su relación con la alimentación (relación insulina-comida).</p> <p>Objetivo: El menor tenga herramientas para actuar ante una situación de híper o hipoglucemia y así aminorar las consecuencias.</p>	<p>Se realiza una actividad en la cual los menores conozcan las causas de una híper o hipoglucemia para llegar a prevenirlas, por medio de contar las calorías que pueden consumir con cierta cantidad de insulina. Se evalúa cómo identifican y actúan para contrarrestar un híper o hiperglucemia. Se enfatiza la importancia de que las personas cercanas a ellos conozcan que tienen diabetes para apoyarlos en estas situaciones. Se les pedirá que para siguiente sesión traigan envolturas de alimentos que les agreden, además de la dieta que les sugirió el doctor.</p>	60 min.	<p>-Billetes que representen unidades de insulina.</p> <p>-Dibujos de alimentos que contengan las calorías correspondientes.</p> <p>-Hojas blancas.</p> <p>-Plumas.</p>
7	<p>Dieta y tabla de calorías (recetas saludables).</p> <p>Objetivo: Que el paciente aprenda a elegir alimentos saludables.</p>	<p>Enseñar al menor a leer la tabla de calorías, además de que evalúen el contenido calórico de los alimentos recomendados en sus dietas y compararlos con dietas no saludables. Se propicia el que ellos aprendan a elegir los alimentos que tienen permitido comer y las diferentes opciones que tienen, para que se den cuenta de que pueden consumir alimentos saludables y ricos siguiendo su dieta.</p>	60 min.	<p>-Envolturas de alimentos no saludables y saludables.</p> <p>-Hojas Blancas.</p> <p>-Plumas.</p>
8	<p>Proporcionar, explicar y revisar los auto-reportes.</p> <p>Objetivo: Que el niño identifique y evalúe patrones de conducta en el seguimiento o mal adherencia al tratamiento y genere nuevos hábitos que facilite el apego al tratamiento.</p>	<p>Se pide a los menores que indiquen que factores influyen en sus niveles de glucosa y se les proporcionará un formato de auto-reporte, donde indicarán emociones y establecerán horarios para sus actividades, como hora de dormir, comer, inyectarse la insulina y realizar ejercicio. Por lo que se les pedirá a los pacientes que realicen su horario de actividades, colocando la hora, lo que hacen y emociones que influyen en sus niveles de glucosa.</p>	60 min.	<p>-Formato de auto-reporte.</p> <p>-Hojas Blancas.</p> <p>-Plumas.</p> <p>-Lápices.</p>
9	<p>Contrato.</p> <p>Objetivo: Realizar contratos por escrito en los que el paciente, el padre y el terapeuta establezcan ciertos acuerdos que lo motivaran al a esforzarse y a lograr la meta planteada.</p>	<p>El menor seleccionará una meta en la que se quiera enfocar que sean alcanzables y a corto plazo, en cuanto a sus cuidados, que sí son logradas, tengan una consecuencia positiva para él. Por lo cual, padres e hijos establecerán los privilegios que se lograrán tras la ejecución de la conducta y penalizaciones si no lo cumple. Se especificará qué debe de hacerse y cuántas veces en un contrato escrito en donde padres e hijos se comprometan a realizarlos.</p>	60 min. (Adolescentes y Padres)	<p>-Hojas.</p> <p>-Plumas.</p>
10	<p>Diabetes y familia.</p> <p>Objetivo: Los pacientes identifiquen cómo afecta la diabetes a su familia, y la relación entre la adherencia al tratamiento y sus padres.</p>	<p>En la etapa de adolescencia, se establece la identidad, y la separación de los padres, por lo que pueden existir diferencias en la forma de pensar y actuar entre los menores y sus padres, esto se refleja en conflictos. Los pacientes con diabetes pueden no apegarse al tratamiento para no seguir las instrucciones de sus padres. Se comentará este aspecto con los menores y la forma de manipulación de los monitoreos o análisis.</p>	60 min.	
11	<p>Integración a grupos, identidad y diabetes.</p> <p>Objetivo: Que el menor identifique que su enfermedad no es lo único que lo define</p>	<p>Expresar sentimientos entre la diferencia que puede percibir entre ellos y sus iguales, así como el sentido de pertenencia. Se retomará los aspectos en que pueden llevar una vida igual que sus amigos. Además de identificar qué características los definen como personas a parte de la diabetes. Se dará a cada</p>	60 min.	<p>-Hojas blancas y de colores.</p> <p>-Colores.</p> <p>-Plumines.</p> <p>-Tijeras.</p>

	como persona.	paciente hojas blancas y materiales; con lo que debe construir un escudo de armas personal. En este espacio ellos deben representar los aspectos positivos de su personalidad, sus logros, cualidades, objetivos o aficiones. Recalcando que es sólo lo positivo. Cada uno de los escudos se coloca en la pared y los explicarán a sus demás compañeros.		-Pegamento.
12	Cierre.  Objetivo: Que los pacientes realicen una reflexión personal de la sesión y cierre.	Se pedirá a los pacientes que realicen una carta a su enfermedad, donde escriban los sentimientos y pensamientos que tienen hacia ella actualmente, así como lo que han aprendido de ella en este año y lo que han mejorado en su tratamiento. El terapeuta mencionará a cada paciente sus logros y lo felicitará por lo que lograron realizar y las nuevas responsabilidades que adquirieron en cuanto a su enfermedad.  Por último, expresarán lo que les gusto, lo que no y lo que les gustaría que cambiará del grupo.	60 min.	-Hojas blancas. -Plumas.

## ANEXO D

### Plan de Intervención para el Taller de Trastornos de la Diferenciación Sexual.

**Objetivo:** Facilitar en los menores diagnosticados con Trastorno de Diferenciación Sexual una comprensión de su enfermedad, aceptación de su cuerpo así como la mejora de sus relaciones interpersonales.

Sesión	Tema	Actividades a desarrollar	Tiempo	Material
1	Integración de los participantes al grupo.  Objetivo: Conocimiento e integración de las pacientes, además de fomentar el respeto, la comunicación y la confianza entre ellos.	Se motivará a los chicos que forman parte de las sesiones a presentarse, diciendo su nombre y edad. Se mencionarán las reglas que se requieren para el correcto funcionamiento del grupo y las que ellos propongan, cómo respeto, puntualidad, confidencialidad, etc. Se les dará una hoja con preguntas y respuestas fundamentales no invasivas que les permitirá encontrar similitudes entre ellos. Se sentarán en dos filas, con las sillas de frente y contarán con un minuto para preguntar y contestar, se rotarán los lugares hasta que todos hayan platicado entre sí. Posteriormente se intercambiarán impresiones en conjunto. Es necesario conocer lo que ellos quisieran que se trabajara dentro del grupo.	60 min.	-Gafetes con su nombre. -Plumas. -Cartulina. -Lista de preguntas básicas
2	Desarrollo embrionario normal.  Objetivo: Que los pacientes conozcan es el desarrollo embrionario normal.	Mediante una presentación en Microsoft PowerPoint, se explicará a los participantes del grupo el proceso del desarrollo embrionario normal desde la fecundación, gestación, desarrollo fetal, hasta la expresión genética y la función que las hormonas juegan en el proceso. Se hará una ronda de preguntas o aclaraciones sobre el tema.	60 min.	-Presentación Microsoft PowerPoint sobre el desarrollo embrionario normal. -Monitor.
3	Desarrollo embrionario en los pacientes con Trastornos de la Diferenciación Sexual.  Objetivo: Que los pacientes comprendan lo que sucede en el desarrollo embrionario para presentar un Trastorno de Diferenciación Sexual.	Por medio de una presentación en Microsoft PowerPoint, se explicará a los pacientes las diferencias durante el proceso de desarrollo embrionario que llevan a los fetos a presentar trastornos de la diferenciación sexual, los genes y las hormonas que intervienen en la patología, así como las diversas clasificaciones. Se dará un espacio para clarificar dudas y para que los pacientes lleven a cabo aportaciones acerca del tema.	60 min.	-Presentación Microsoft PowerPoint sobre el desarrollo embrionario en pacientes con genitales ambiguos. -Monitor.
4	Diagnósticos más comunes de los Trastornos de la Diferenciación Sexual.  Objetivo: Que los pacientes conozcan y comprendan su diagnóstico.	Con la finalidad de que los pacientes logren conocer y comprender mejor su enfermedad es necesario que se les muestre cada uno de sus diagnósticos personales. Por lo que se les hará una presentación en Microsoft PowerPoint con las clasificaciones de los Trastornos de la Diferenciación Sexual, sus características fisiológicas, genéticas, endocrinológicas y psicológicas acompañadas de una breve explicación oral de cada uno. Se tocará el tema de las operaciones, los tratamientos, los implantes y sus vivencias personales.  Es necesario un espacio para que intercambien ideas y dudas, posteriormente se cierra la sesión preguntando lo que se llevan de ésta y las exposiciones anteriores.	60 min.	-Presentación Microsoft PowerPoint que contenga los siguientes diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hiperplasia Suprarrenal congénita (46XX) (46 XY).</li> <li>○ Hipertrofia del Clítoris.</li> <li>○ Andrógenos.</li> <li>○ Disgenesia Gonadal.</li> <li>○ Hipospadias.</li> <li>○ Criptorquidia.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Micropene.</li> <li>○ Retraso en el desarrollo sexual secundario.</li> <li>○ Alfa 5 reductasa.</li> </ul>
5	<p>Pérdidas y duelos.</p> <p>Objetivo: Los menores identifiquen y expresen las emociones que han presentado.</p>	<p>La pérdida de la salud es un tema que es conveniente abordar desde las etapas del duelo y sus reacciones esperadas, las cuales pudieran o no presentarse en los participantes del grupo, no siempre en un orden establecido, es por ello que se explicarán y se facilitara a los menores la identificación en su propia persona. Además, comentarán su experiencia, las etapas por las que han pasado y los recursos con los que cuentan. Se pedirá que en una hoja plasmen en qué etapa consideran que están, las emociones que lo acompañan; las etapas que ya han pasado y las que no. Se trabajará con lo que los participantes plasmen gráficamente y con sus participaciones orales.</p>	60 min.	<p>-Información sobre el duelo y sus etapas, así como de las emociones que involucra cada una.</p> <p>-Hojas blancas.</p> <p>-Colores.</p> <p>-Crayones.</p> <p>-Plumines.</p>
6	<p>De sexos y roles.</p> <p>Objetivo: Que los pacientes conozcan los diferentes tipos de sexo, además de que identifiquen su orientación sexual.</p>	<p>Explicar a los pacientes por medio de una presentación en Microsoft PowerPoint, los diferentes sexos que pueden coexistir en un individuo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cromosómico</li> <li>● Gonadal</li> <li>● Genital</li> <li>● Fenotipo</li> <li>● Psicosocial</li> </ul> <p>De la misma manera se explican los términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rol</li> <li>● Género</li> <li>● Identidad</li> <li>● Orientación</li> </ul> <p>Se hace un análisis de los mismos con respecto a la vivencia de los pacientes, además de que identifiquen su orientación y cómo es que llegaron a esa decisión, si quisieran hacer cambios en alguno de esos puntos y como es que lo lograrían o si se encuentran cómodos con los papeles que desempeñan. Es importante abordar las dificultades que se les han presentado.</p>	60 min.	<p>-Presentación en Microsoft PowerPoint de los diferentes sexos que pueden coexistir en un individuo.</p> <p>-Monitor.</p> <p>-Pañuelos desechables.</p>
7	<p>El papel de mi familia.</p> <p>Objetivo: Los pacientes identifiquen cómo afecta la enfermedad en su dinámica familiar y las redes de apoyo que han tenido.</p>	<p>La familia pasa por un periodo de estrés debido al diagnóstico del miembro de la familia enfermo, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos, etc., lo cual genera tensiones y cargas en el entorno familiar. En esta sesión se ayuda a los pacientes a ubicarlo en sus respectivos sistemas y externarlo, compartiendo sus vivencias en grupo y trabajando con las ideas irracionales que ellos tienen sobre la relación que se ha creado entre sus patologías y las responsabilidades</p>	50 min.	<p>-Pañuelos desechables.</p>



		familiares, tales como los sentimientos de soledad, culpa, enojo, ansiedad o depresión. Es necesario recalcar las redes de apoyo que poseen, los cuidadores primarios y los cuidados que pueden realizar ellos mismos en su enfermedad.		
8	¿Cómo me ven?  Objetivo: Que el menor identifique que su enfermedad no es lo único que lo define como persona.	En esta sesión se trabajará con las cualidades positivas de los integrantes. Para esto es necesario que los chicos se centren únicamente en los rasgos positivos de sus compañeros: cualidades, apariencia, capacidades o aspectos de su personalidad. El siguiente paso requiere que se coloquen en un círculo y cada uno coloque su nombre en la parte superior de una hoja, la cual se pasara al compañero de la derecha, dando vuelta hasta regresar a su propietario con los elogios en él escritos por sus compañeros. Cada uno debe escribir mínimo tres halagos. Se lleva a cabo un análisis sobre cómo fue para ellos identificar los rasgos positivos en los compañeros, valorarlos y la importancia de expresarlos a las otras personas. Se trabaja sobre los sentimientos que afloran al recibir los elogios de sus compañeros y como esto afecta su auto-concepto.	60 min.	-Plumas. -Hojas blancas.
9	Mi escudo de armas.  Objetivo: Que los pacientes identifiquen las herramientas con las que cuentan para afrontar y solucionar situaciones.	Expresar sentimientos entre la diferencia que puede percibir entre ellos y sus iguales, así como el sentido de pertenecía. Se retomará los aspectos en que pueden llevar una vida igual que sus amigos. Además de identificar qué características los definen como personas a parte de su enfermedad. Se dará a cada paciente hojas blancas y materiales; con lo que debe construir un escudo de armas personal. En este espacio ellos deben representar los aspectos positivos de su personalidad, sus logros, cualidades, objetivos o aficiones. Recalcando que es sólo lo positivo. Cada uno de los escudos se coloca en la pared y los explicarán a sus demás compañeros.	60 min.	-Hojas blancas y de colores. -Colores. -Plumines. -Tijeras. -Pegamento.
10	Cierre.  Objetivo: Que los pacientes realicen una reflexión personal de la sesión y cierre.	Se pedirá a los pacientes que realicen una carta a su enfermedad, donde escriban los sentimientos y pensamientos que tienen hacia ella actualmente, así como lo que han aprendido de ella en este año y lo que han mejorado en su tratamiento. Se mencionará todo lo que se trabajó en las sesiones y se dará retroalimentación a cada paciente de su trabajo en el grupo.  Por último, expresarán lo que les gusto, lo que no y lo que les gustaría que cambiará del grupo.	60 min.	-Hojas. -Plumas.