

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

COMPORTAMIENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA
ANTE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES
EN EL MANEJO DE ANSIEDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ALEJANDRA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
COMITÉ TUTORIAL: MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO, D. F.

MAYO 2008

M 247480



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.

Agradecimientos

Gracias a todos aquellos que me apoyaron y acompañaron durante la realización de este proyecto. Más aún a quienes participaron activamente, estén aquí o allá.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos los niños con cáncer que me enseñaron a luchar en la vida, y que lo siguen haciendo aunque ya no estén aquí. Gracias por sonreír...

COMPORTAMIENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA
ANTE TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES
EN EL MANEJO DE ANSIEDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

Índice

Agradecimientos /	5
Dedicatoria /	7
Resumen /	11
Introducción /	13
Método /	23
Resultados /	33
Discusión /	47
Referencias /	53
Características de la residencia /	57
Caso clínico del primer año de rotación /	75
Caso clínico del segundo año de rotación /	89

Resumen

Las diversas intervenciones médicas invasivas realizadas en hospitales favorecen en los niños la presencia de manifestaciones de ansiedad. Estas manifestaciones pueden ser controladas, a través de técnicas cognitivo conductuales. La frecuencia cardiaca es una variable involucrada en la ansiedad. El propósito de la investigación fue conocer el comportamiento de la frecuencia cardiaca ante la intervención cognitivo conductual (psicoeducación y relajación). Participaron 20 niños internados en el Hospital Juárez de México. Se midió la frecuencia cardiaca antes, durante y después de la intervención psicológica por medio del sistema de almacenamiento automático de un monitor de ritmo cardiaco. Se encontró una disminución de la frecuencia cardiaca durante la intervención en el 50% de los participantes con respecto a la medición de la frecuencia cardiaca antes de la intervención. También se encontró una disminución en la frecuencia cardiaca después de la intervención en el 55% de los niños. Todos los niños reportaron sentirse menos ansiosos después de la intervención psicológica. Se encontraron cambios clínicos con la intervención, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en los cambios de la frecuencia cardiaca. Con respecto a las investigaciones realizadas por otros autores, en ésta se toma en cuenta el comportamiento de la frecuencia cardiaca la cual no indica que exista una disminución en la ansiedad medida de esta forma.

En México, según datos de la Secretaría de Salud (recuperado en febrero 19 de 2008 en <http://www.salud.gob.mx/>), en 2005 se registraron 241,081 casos de niños hospitalizados de entre cinco y catorce años de edad, los cuales requirieron alguna intervención médica invasiva. Solamente en el Hospital Juárez de México, se encuentran hospitalizados alrededor de 35 niños por día que viven dichas intervenciones, generándoles ansiedad y enfrentándose a diversas emociones y experiencias que afectan su conducta. La ansiedad es una emoción que frecuentemente está presente en los niños hospitalizados, ya que perciben el ingreso hospitalario como un evento peligroso y amenazante, debido a factores ambientales, cognitivos y de aprendizaje. La ansiedad en los niños puede manifestarse de muchas formas. Se caracteriza principalmente por presentar alteraciones a nivel fisiológico, cognitivo y motor. Los componentes de ansiedad son conductuales, cognitivos, afectivos, fisiológicos y, en general, un tanto subjetivos, ya que cada individuo se enfrenta a eventos o situaciones distintas y éstos adquieren un significado propio. Los niños pueden manifestar ansiedad de forma distinta, de acuerdo con el significado que le asignen, reflejando componentes distintos de la totalidad del significado.

En los servicios de pediatría, durante la estancia hospitalaria de los pacientes, se realizan tratamientos médicos y diversas intervenciones médicas invasivas, tales como: canalizaciones, cirugías, colocación de catéteres y otros, que provocan diferentes reacciones en los niños. Se ha observado que los pacientes pediátricos se enfrentan a mayores niveles de ansiedad ante estos procedimientos, registrando un aumento en la frecuencia cardíaca, alteraciones en la sudoración y en la presión sanguínea. Estas reacciones pueden ser manifestaciones de ansiedad que podrían disminuirse o eliminarse para lograr un mayor bienestar en el niño, además de facilitar el trabajo del equipo de salud involucrado. Es importante mencionar que las manifestaciones de ansiedad se presentan independientemente del padecimiento médico con el que ingresan al hospital, es decir, pueden aparecer debido al ingreso,

por causa de una cirugía sencilla, por la colocación de un catéter, por la aplicación de quimioterapia o debido a una fractura simple.

Estas manifestaciones, reportadas por médicos adscritos, médicos residentes, enfermeras y otros profesionales o familiares cercanos al paciente pediátrico, dificultan el trabajo del profesional de la salud y hacen pasar al niño por un mal momento. Disminuir el estado de ansiedad o sus manifestaciones ante las diversas intervenciones médicas puede ser considerado un aspecto importante de intervención para el psicólogo de la salud, no sólo atendiendo la necesidad del paciente pediátrico, sino además la del equipo médico involucrado, favoreciendo el tratamiento y facilitando la estancia hospitalaria.

A continuación se definirá la ansiedad, se expondrá cómo se manifiesta, en qué tipos se divide y cómo podemos medirla o evaluarla. Después, se delimitará al tema de la ansiedad en el hospital y en específico en el niño hospitalizado, para continuar con los aspectos psicológicos en su manejo, y concluir con las técnicas de intervención psicológica en los niños hospitalizados.

Las respuestas de ansiedad están integradas como reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de las personas. Sirven para alertar de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo (Cedán, Aráoz y Castañeda, 2003). De tal manera que la ansiedad puede ser conceptualizada como una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, que preparan al organismo a reaccionar ante una situación de peligro o amenaza. La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta y de activación generalizada. El aumento o disminución de las manifestaciones de ansiedad dependen de la elaboración individual y de la información que el sujeto tenga acerca de lo que está sucediendo (Ibid). Por otro lado, la ansiedad también es considerada una vivencia de temor a algo difuso e indefinido, una manifestación afectiva y un estado de activación neurofisiológico que en ocasiones dificulta la adaptación del individuo al ambiente, disminuye el rendimiento, es persistente y somática. (Echeburúa, 1993). La ansiedad es entonces un estado de activación del

sistema nervioso como respuesta a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno del funcionamiento cerebral (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Los síntomas físicos de la ansiedad son producidos por respuestas neurofisiológicas, manifestándose de diversas formas, debidas a la acción del sistema nervioso vegetativo y descargas del sistema simpático, que liberan adrenalina y noradrenalina y actúan en las terminales nerviosas, dando lugar a síntomas en diversos órganos y sistemas del cuerpo (Ibid). Cuando la respuesta al evento o estímulo amenazante es exagerada o inadecuada, debemos controlarla para no provocar reacciones en el individuo que pudieran ocasionarle algún daño, como cambios psicofisiológicos que activen el sistema nervioso central, sistema nervioso vegetativo y endocrino, y se produzcan alteraciones ajenas al padecimiento (Ibid).

La capacidad de algunos seres humanos para modular el mecanismo de alerta se denomina autodominio o autocontrol y proviene del entorno psicosocial del sujeto, del medio ambiente o del propio organismo y no sólo importan las características de la respuesta, sino también las relativas a la valoración que el sujeto hace de ellos. Cuando la ansiedad es patológica, se observa un aumento exagerado en la intensidad de las reacciones del sujeto y/o en la duración o persistencia, que dificulta la adaptación del individuo a la situación (Ibid).

La ansiedad puede manifestarse de diversas formas. Puede expresarse en términos de conductas ansiosas como: intranquilidad, hipervigilancia, expresión facial de asombro, contracción muscular, rigidez en músculos, tensión mandibular, cambios en la conducta habitual, sentimientos de inadecuación y sentimientos de tensión. Por otro lado, también pueden presentarse cambios fisiológicos como alteraciones en la frecuencia cardíaca, palpitaciones, sudoración, boca seca, hiperventilación, tensión muscular, distensión abdominal, diarrea, poliuria, vértigos, hiperactividad, sensación de falta de aire, pellizco gástrico, temblores, ruboración o palidez, dilatación pupilar, constricción de vasos sanguíneos, ties, inquietud psicomotora, náuseas, vómitos, opresión precordial, inestabilidad en la marcha y movimientos continuos; incluso alteraciones en el sueño como pesadillas

e insomnio (De la Gándara y Fuertes, 1999). Como síntomas psicológicos se encuentran: inquietud, agobio, vivencias de amenaza, huida, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, pérdida de energía, llanto y temores. Por último, tenemos aquellos síntomas relacionados con las cogniciones y que se asocian con pensamientos irracionales, fantasías o pensamientos automáticos negativos (Ibid).

La aparición de la respuesta de ansiedad depende de los patrones de respuesta del individuo (Ibid). Las preocupaciones excesivas y las estrategias de afrontamiento inadecuadas, constituyen cognitivamente un factor para desarrollar o mantener la ansiedad; en ocasiones, la respuesta de ansiedad puede reforzarse debido a la evitación o escape del estímulo estresante (reforzador negativo) o a la aparición de factores que la recompensan como atención y caricias (reforzamiento positivo) (Echeburúa, 1993). Las conductas y reacciones emocionales que adquirimos se relacionan con aquello que observamos y aprendimos de otros (Ibid).

Hay diversos niveles de ansiedad: episodios de ansiedad y ansiedad temporal o estado de ansiedad. Todos ellos presentan manifestaciones fisiológicas, psicológicas, de conducta y cognitivas.

Un *episodio de ansiedad* es un acontecimiento ansioso que aparece de forma suave, se prolonga durante horas o días, su intensidad es moderada y se presenta dentro de un marco específico. Por otro lado, *la ansiedad temporal* o estado de ansiedad se presenta de forma lenta y progresiva, regular y uniforme, va incrementando a través del tiempo y tiene una duración de semanas o meses. Incluye síntomas de un momento concreto de la enfermedad (Cedán, Aráoz y Castañeda, 2003).

La ansiedad se evalúa de acuerdo con el tipo de manifestación y componentes que se presentan, es importante realizar una evaluación de éstos. Sin embargo no existen muchos instrumentos que evalúen la ansiedad, por lo que se dificulta evaluar cada uno de los componentes a través de sus diversas manifestaciones.

La observación directa puede ser un método efectivo para evaluar la ansiedad, conformada a partir de la información proporcionada por el observador. Dicha observación se realiza a través de los signos y síntomas manifestados (Echeburúa, 1993).

La valoración de las cogniciones se realiza a través de medidas de auto informe que incluyen instrumentos y cuestionarios. La medición de emociones asociadas se evalúa a través de las escalas análogas y para la conducta motora se utilizan escalas y listas de chequeo. Para realizar medidas psicofisiológicas se toman en cuenta: la actividad cortical, respiración, frecuencia cardíaca, presión arterial, sudoración y temperatura. Es la frecuencia cardíaca una de las mediciones más importantes dentro de las manifestaciones de ansiedad (Ortigosa y Méndez, 2000).

El niño hospitalizado es aquel que es internado en un hospital debido a una enfermedad, cirugía, accidente o factores que requieren de tratamiento e intervenciones médicas. Con frecuencia, la permanencia de los pacientes pediátricos en el hospital es breve, aunque algunos niños o adolescentes con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el hospital (Cedán, Aráoz, y Castañeda, 2003). El niño hospitalizado se somete a diversos procedimientos médicos invasivos que le provocan ansiedad, separación de los padres y convivencia con desconocidos.

La ansiedad provocada en el niño hospitalizado puede ocasionarle diversas reacciones, además de diversos sentimientos que ocasionan dificultades con el cuidador primario y el equipo de salud. Padecer alguna enfermedad que requiera de continuas hospitalizaciones puede provocar estrés y suscitar cambios fisiológicos que intervienen en la enfermedad (Schaefer y O'Connor, 2000). Las reacciones que pueda experimentar el niño dependen de diversas variables, entre ellas, estilos de enfrentamiento y adaptación, por lo que la activación psicofisiológica y activación de manifestaciones es diferente en cada uno. La mayoría de los niños experimentan temores leves y transitorios, asociados con un evento específico, con estímulos desconocidos, estímulos intensos como dolores, ausencia de estímulos, como lo es la ausencia de la madre, y el miedo a la interacción social con desconocidos (Echeburúa, 1993).

Las respuestas de ansiedad presentes en los niños hospitalizados, interfieren de forma negativa no sólo en el comportamiento del niño durante la estancia hospitalaria, sino también en la cooperación que éste tiene con el equipo de salud,

desarrollo de la enfermedad y complicaciones médicas. Se presentan reacciones de ansiedad conductualmente observables por los cuidadores o el equipo de salud, tales como intranquilidad, movimientos continuos, llanto, etcétera.

Estar relajado y mantener un equilibrio emocional, favorece las respuestas fisiológicas del organismo y el manejo general del paciente pediátrico. El ritmo cardíaco, la sudoración y la presión sanguínea son las manifestaciones más observadas en el contexto hospitalario (Ortigosa y Méndez, 2000).

Para reducir las diversas manifestaciones de ansiedad que pueden presentarse existen diversas técnicas de intervención. Una de las prioridades del psicólogo en el ambiente hospitalario es reducir la ansiedad del niño durante su estancia, integrando un trabajo multidisciplinario, tomando en cuenta a los médicos y enfermeras (Ibid). La relajación e imaginería son intervenciones efectivas para controlar la ansiedad ante intervenciones médicas invasivas (Luebbert, Dahne y Hasenbring, 2001).

La relajación ha sido denominada “la aspirina de la medicina conductual” (Russo, Bird y Mases, 1980 en Turk, Meichenbaum y Genest, 1983) ya que reduce la ansiedad y la tensión. Es una técnica que puede aprender fácilmente el paciente, para enfrentar diversas situaciones estresantes, como el dolor.

La práctica de la relajación disminuye la tensión del paciente, haciendo que no se sienta desvalido, sin embargo, es importante mencionar que no es recomendable para toda la población. En el caso de la relajación que es realizada a través de la tensión y relajación consecutivas de cierto grupo de músculos, no se considera recomendable para pacientes que sufren de dolor de cabeza, ya que se ha observado que aumenta dicho dolor (Bakal, 1981 en Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Deben tomarse en cuenta las características de cada persona para aplicar la técnica de relajación correcta. Es importante que la técnica de relajación tenga un sentido para el paciente, que comprenda qué es lo que va a hacer, cómo y para qué. La relajación es una habilidad que se aprende, es un proceso de auto control. Un proceso psicofisiológico que produce la activación del sistema nervioso parasimpático, cuya función es conservar la energía del organismo. Es

una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés (Goldfried, 1977 en Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

La relajación a través de imaginación se combina con la técnica de respiración profunda, en donde el sujeto inhala y exhala por la nariz lentamente para lograr disminuir la tensión y las manifestaciones de ansiedad. La técnica de relajación más utilizada es la respiración profunda. La respiración profunda consiste en inhalar lentamente por la nariz y exhalar lentamente por la nariz (en aproximadamente 10 segundos), logrando una mayor entrada de aire y mayor oxigenación en el cuerpo (Simón, 1993).

La técnica de imaginación como parte de la técnica para el manejo de inoculación del estrés resulta efectiva para la reducción de manifestaciones de ansiedad ante intervenciones médicas (Simón, 1993). La imaginación consiste en evocar o recordar imágenes determinadas que le producen bienestar a la persona. El paciente crea una imagen o recuerda una imagen placentera y experimenta las emociones que produce esa imagen en su cuerpo. En el control de manifestaciones de ansiedad la imagen debe relajar o mantener tranquilo al individuo para reducir así el estrés o ansiedad (Ortigosa y Méndez, 2000).

Otra técnica para el manejo de ansiedad en los niños ante intervenciones médicas invasivas consiste en la preparación mediante la información. Dar información sobre el procedimiento médico invasivo al que será sometido, acerca de quién lo realiza, cómo lo realiza, sobre las características generales del procedimiento, así como de las sensaciones que produce, reducen la ansiedad en los niños, principalmente se reducen manifestaciones de ansiedad y dolor posterior a la intervención (Ibid).

La información puede ser transmitida de forma verbal. Ésta debe ser clara y coherente con la edad del niño. Debe darse información de acuerdo con la naturaleza de la enfermedad, de la intervención o procedimiento médico que se va a realizar; se sugiere integrar información acerca de las sensaciones que pueden producirse por la intervención médica, en relación a los efectos colaterales y sobre las estrategias de afrontamiento que puede realizar el sujeto para controlar

la ansiedad. La información reduce la ansiedad del paciente, mejora la cooperación e intervención médica y controla el dolor posterior a la intervención (Cohen y Lazarus, 1980, en Ortigosa y Méndez, 2000).

Se ha observado que la psicoeducación reduce las conductas de estrés o ansiedad ante procedimientos médicos invasivos en niños de entre dos y siete años de edad (Salmon y Pereira, 2002). A través de métodos cognitivo conductuales tales como dar información acerca de los procedimientos médicos aversivos, antes de someterse a ellos y realizar ejercicios de relajación antes de enfrentarse a situaciones estresantes favorecen la adaptación del niño a enfermedades crónicas y procedimientos médicos invasivos. Se observa que en niños de tres a 18 años sometidos a cirugía de corazón, colocación de catéter, canalizaciones y procedimientos anestésicos se reduce la frecuencia cardíaca al utilizar técnicas de relajación con imaginación, además de ofrecer posteriormente un control de las manifestaciones de ansiedad que pudiera tener el niño utilizando retroalimentación biológica (LeRoy y cols., 2003).

Diversos estudios de investigación en el área (Kain, Mayes y O'Connor, 1996; Campbell, Kirkpatrick y Berry, 1996; O'Byrne, Peterson y Saldana, 1997; Pederson, 1995; Kain, Mayes y Caramico, 1996; y Jay, Elliott y Ozolins, 1985), reportan el trabajo realizado en pacientes pediátricos sometidos a alguna intervención médica aversiva, todos éstos incluyendo en su población a niños de edades entre tres y 18 años. Utilizan técnicas cognitivo-conductuales para el control de manifestaciones de ansiedad, entre ellas la relajación, la imaginación y el manejo de información con respecto al procedimiento médico al cual serán sometidos. Algunos incluso reportan la importancia de la frecuencia cardíaca como manifestación de ansiedad e instrumento de evaluación. Sin embargo, ninguno de estos estudios utiliza la frecuencia cardíaca como indicador de los efectos de la intervención.

Las intervenciones psicológicas más utilizadas en el manejo de manifestaciones de ansiedad en el niño hospitalizado incluyen la respiración y algunas técnicas de relajación, ya que éstas tienen un efecto directo de reducción de ansiedad previo y posterior a la intervención médica. La relajación a través de ejercicios

de respiración profunda e imaginería aumentan el estado de relajación del niño (Ortigosa y Méndez, 2000).

La evocación de imágenes placenteras o la utilización de pensamientos felices han resultado eficaces en el control de la ansiedad (Trianes, 1999, en: Ortigosa y Méndez, 2000). Se utilizan imágenes emotivas para preparar al niño a procedimientos médicos estresantes, identificando un héroe o imagen fantástica que le produzca bienestar y seguridad al niño (Lazarus y Abramovitz, 1962, en Ortigosa y Méndez, 2000).

Por último, es importante señalar que en nuestro país no se encontraron estudios acerca de la efectividad de las técnicas mencionadas para el control de la ansiedad en los niños ante intervenciones médicas invasivas. Además de no encontrar estudios que reporten el ritmo cardíaco como medida para determinar la efectividad de la técnica de intervención, ha sido reportado sólo como una manifestación más de ansiedad del niño. Tomar en cuenta el comportamiento de la frecuencia cardíaca en el niño, como una medida que refleje la efectividad del programa de control de manifestaciones de ansiedad, es una de las medidas más importantes dentro del contexto de la evaluación multimodal que debe realizarse, ya que como se mencionó anteriormente, la ansiedad se refleja a través de diversas manifestaciones. Realizar un estudio en nuestro país que tome en cuenta una de las variables fisiológicas que puede presentarse en la ansiedad, además de las características de la población de nuestro país y las condiciones en las que puede trabajarse me parece relevante. Las condiciones del hospital, estructura y manejo interno determinan en gran medida el tipo de intervenciones que pueden realizarse.

Por otro lado, debido a que una de las demandas del trabajo clínico realizado en el hospital es disminuir las manifestaciones de ansiedad, se propuso realizar una intervención psicológica en los niños que presentaban ansiedad durante su estancia hospitalaria y conocer el comportamiento de la frecuencia cardíaca ante esta intervención cognitivo conductual (psicoeducación y relajación), como un parámetro fisiológico que pudiera reflejar la relación de esta variable con la

intervención psicológica. La intención fue ofrecer un entrenamiento a los niños a fin de que conozcan las técnicas que pueden ayudarlos a disminuir la ansiedad que presentan y tener posibilidad de utilizar estas técnicas cuando vayan a ser sometidos a situaciones que aumenten las manifestaciones de ansiedad, como lo es una intervención médica invasiva.

Realizar un protocolo de investigación que estructure las intervenciones que pudieran disminuir y/o controlar las manifestaciones de ansiedad y que facilite la intervención y el proceso de hospitalización, es importante para todos aquellos involucrados en la atención y los cuidados del niño hospitalizado.

Método

Diseño de investigación

N = 1 con réplicas.

A B A

Definición de variables

Frecuencia cardíaca

El ritmo cardíaco es la frecuencia de latidos del corazón en un minuto promediados sobre un periodo de tiempo (Edwards, 1999), es decir, el número de veces que late el corazón en un minuto.

Intervención psicológica

Psicoeducación

Dar información acerca de los procedimientos médicos aversivos, antes de someterse a ellos (LeRoy, Elixson, O'Brien, Tong, Turpin y Uzark, 2003). Dar información sobre el procedimiento médico invasivo al que será sometido, quién lo realiza, cómo lo realiza, características generales del procedimiento, así como sensaciones que se producen (Ortigosa y Méndez, 2000).

Relajación

Un proceso psicofisiológico que produce la activación del sistema nervioso parasimpático, cuya función es conservar la energía del organismo. Es una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés (Goldfried, 1977 en Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

Respiración profunda

La respiración profunda consiste en inhalar lentamente por la nariz y exhalar lentamente por la nariz (en aproximadamente 10 segundos), logrando una mayor entrada de aire y mayor oxigenación en el cuerpo (Simón, 1993).

Imaginería

La imaginería consiste en evocar o recordar imágenes determinadas que le producen bienestar a la persona (Ortigosa y Méndez, 2000).

Participantes

El programa de intervención se realizó en el Hospital Juárez de México, en los servicios de pediatría y hematología. Participaron 20 niños hospitalizados, de entre seis y 16 años de edad (14 niños y seis niñas), con una edad promedio de diez años. Se identificaron a partir de las canalizaciones que se hicieron por parte de enfermería y medicina debido a la observación de manifestaciones de ansiedad, a través de conductas motoras y verbales.

Criterio de inclusión

Para determinar la participación o no del paciente en la investigación, se evaluó la capacidad del paciente pediátrico para imaginar, visualizar un objeto, ya que la presencia de esta habilidad es requisito para utilizar una de las técnicas de intervención seleccionadas: la visualización. Se solicitó al niño imaginar una pelota. El niño escuchaba la instrucción e imaginaba la pelota. Para evaluar el criterio de cambio se registró si el niño nombraba una característica particular del objeto imaginado, que no se relacionara con su descripción general (redonda). El niño realizaba una descripción verbal.

Criterio de exclusión

La incapacidad física en el paciente para serle colocado el aparato de medición (presencia de cicatrices, inmovilidad, cirugía reciente, etcétera, o alguna alteración psiquiátrica que pudiera intervenir).

Criterio de eliminación

La negación del niño a participar en la investigación.

Instrumento

Se midió la frecuencia cardíaca por medio del sistema de almacenamiento automático del monitor de ritmo cardíaco marca Polar ®, modelo S-810, el cual tomó una muestra del ritmo cardíaco cada cinco segundos. Se utilizó este instrumento debido a que es válido y confiable en la medición de la variable (Kingsley, Lewis y Marson, 2005). El instrumento consta de un reloj, en donde se registra la frecuencia cardíaca, y una banda elástica con un receptor, que es colocada a modo de cinturón alrededor del tórax de niño (a la altura del pecho) la cual detecta el latido del corazón y manda la señal con el registro al reloj-computadora. Los registros son transferidos a un archivo electrónico, a través de un programa de cómputo diseñado para almacenar y procesar los datos obtenidos.

Procedimiento

Se solicitó al paciente su participación en la investigación, exponiendo que su identidad sería confidencial. Se realizó un ejercicio con el niño para determinar, de acuerdo con el criterio de inclusión, su capacidad para imaginar un objeto. Una vez detectada la habilidad del niño para imaginar un objeto, se le mostró el instrumento que se utilizaría para la medición de la frecuencia cardíaca, explicando la utilidad y forma de uso. Se colocó la banda de medición de la frecuencia

cardiaca en el pecho del niño para efectuar la medición. Se midió la frecuencia cardiaca durante tres minutos antes de iniciar la intervención, mientras el niño se encontraba sentado y realizando una actividad cualquiera (Fase 1). Una vez transcurridos los tres minutos se inició la intervención. Durante la intervención psicológica la banda continuó colocada en el pecho del niño y registró la frecuencia cardiaca cada cinco segundos. La intervención se realizó en una sola sesión, a partir de técnicas cognitivo-conductuales (psicoeducación y relajación a través de respiración profunda e imaginación). La duración de la sesión, en promedio de 40 minutos, fue variable debido a la diferencia en las capacidades de cada niño (Fase 2). Una vez concluida la intervención psicológica se pidió al participante que continuara realizando la actividad que se encontraba haciendo al tomar la medición inicial (tomando la frecuencia cardiaca del niño durante tres minutos por última vez) (Fase 3). El programa de intervención se realizó sin relación con alguna intervención médica invasiva. Algunos niños que participaron ya se habían sometido anteriormente a alguna intervención médica invasiva y otros serían sometidos a alguna intervención médica durante la hospitalización. Sin embargo, éstos no sabían cuándo sería realizada la intervención médica. Por último, se agradeció al niño su participación en la investigación.

Descripción del programa de intervención.

Fase 1. Evaluación de la frecuencia cardiaca. Registro inicial.

Objetivo particular: Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente antes de la intervención.

Actividades del terapeuta.

- Colocar la banda del monitor de ritmo cardíaco en el niño.

- Identificar la frecuencia cardíaca del niño en el reloj que porto en mi mano e iniciar el registro marcando un lapso en el monitor.
- Registrar la frecuencia cardíaca del niño durante tres minutos.
- Marcar lapso una vez transcurrido el tiempo de evaluación.

Actividades del paciente.

Permanecer tres minutos sentado, con la banda del monitor de ritmo cardíaco puesta durante la medición de la frecuencia cardíaca, realizando la actividad que se encontraba haciendo.

Criterio de cambio.

El terapeuta marcará lapso al finalizar el tiempo de registro de la frecuencia cardíaca antes de la intervención psicológica.

Técnica de evaluación.

Medición de la frecuencia cardíaca.

Fase 2. Intervención.

Objetivo particular:

Aplicar las técnicas cognitivo-conductuales para la disminución de manifestaciones de ansiedad.

Durante la intervención se continúa registrando la frecuencia cardíaca (manifestación de ansiedad tomada en cuenta para determinar la efectividad de las técnicas para el control de ansiedad).

Actividades del terapeuta.

Enseñar al niño las técnicas cognitivo-conductuales para el control de manifestaciones de ansiedad.

Actividades del paciente.

Aplicar las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas para el control de manifestaciones de ansiedad (disminución de la frecuencia cardiaca).

Criterio de cambio.

El niño realizará las técnicas cognitivo-conductuales adecuadamente al finalizar la intervención.

Técnica de evaluación.

El niño deberá realizar una ejecución adecuada de las técnicas.

Técnicas cognitivo conductuales utilizadas en la intervención.

Psicoeducación.

Actividades del terapeuta.

- Explicar la intervención médica a la que será sometido y procedimientos generales involucrados con la intervención, a través de información clara que pueda comprender el niño con respecto a su edad y a partir de la información que el niño quiera conocer.
- Promover la realización de preguntas para aclarar dudas y eliminar fantasías que pudiera tener el niño acerca del procedimiento.
- Aclarar dudas expuestas.

Actividades del paciente.

- Escuchar la información acerca de la intervención médica.
- Realizar preguntas y exponer dudas acerca de la información dada.

Criterio de cambio.

El niño describirá la intervención médica invasiva a la que será sometido nombrando tres características o aspectos mencionados acerca del procedimiento.

Técnica de evaluación.

El niño describirá la intervención a través de un reporte verbal.

Relajación.

Paso 1. Respiración profunda.

Actividades del terapeuta.

- Explicar al niño el procedimiento (los pasos) y beneficios de la técnica de relajación de respiración profunda.
- Modelar la respiración profunda.
- Observar la ejecución adecuada de la respiración.

Actividades del paciente.

- Escuchar la información acerca de la respiración profunda.
- Repetir la respiración modelada.
- Realizar la respiración profunda en tres ocasiones consecutivas.

Criterio de cambio.

- El niño nombrará los pasos de la respiración profunda y por lo menos un beneficio de la utilización de la misma.
- El niño realizará la respiración profunda tal como se le enseñó a realizarla.

Técnica de evaluación.

El niño describirá la técnica de respiración profunda a través de un reporte verbal y deberá realizar una ejecución adecuada de la respiración profunda.

Paso 2. Imaginería.

Actividades del terapeuta.

- Explicar al niño el procedimiento (los pasos) y beneficios de la técnica de relajación de imaginería.
- Analizar las actividades u objetos que le producen placer y lo hacen sentir tranquilo.
- Poner algún ejemplo de una imagen placentera con la que se podría identificar, imaginar.

Actividades del paciente.

- Escuchar los pasos para realizar la imaginería.
- Mencionar ejemplos de situaciones u objetos placenteros para él.
- Realizar la técnica de imaginería. Imaginar la situación u objeto placentero para el niño.

Criterio de cambio.

- El niño nombrará los pasos de la imaginería y nombrará al menos un beneficio de la técnica.
- El niño nombrará algunos ejemplos de situaciones u objetos que lo hacen sentir tranquilo, que le gusten.
- El niño describirá la situación u objeto imaginado que lo hacen sentir tranquilo.

Técnica de evaluación.

El niño describirá la situación u objeto imaginado que lo hacen sentir tranquilo a través de un reporte verbal.

Fase 3. Evaluación de frecuencia cardíaca. Registro final.

Objetivo particular:

Evaluar la frecuencia cardíaca del paciente después de la intervención.

Actividades del terapeuta.

- Marcar un lapso en el reloj para determinar el inicio de la evaluación final.
- Identificar la frecuencia cardíaca del niño en el reloj que llevo en mi mano.
- Esperar tres minutos y parar el reloj una vez transcurrido el tiempo para concluir el registro de la frecuencia cardíaca posterior a la intervención psicológica.

Actividades del paciente.

Permanecer tres minutos sentado con la banda puesta durante la medición de la frecuencia cardiaca, realizando la actividad que se encontraba haciendo antes de presentarme con él.

Criterio de cambio.

El terapeuta dejará transcurrir tres minutos de evaluación y parar el reloj.

Técnica de evaluación.

Medición de la frecuencia cardiaca.

Resultados

A continuación se presentan los datos sociodemográficos de los participantes, y los registros del comportamiento de la frecuencia cardíaca ante la intervención cognitivo conductual (psicoeducación y relajación). Éstos se expresan como el promedio de todos los valores que se registraron (cada cinco segundos) en cada una de las tres fases: previa a la intervención (Fase 1), durante la intervención (Fase 2) y después de la intervención (Fase 3). Para facilitar su lectura, se dividieron los casos en cada una de las nueve posibles tendencias. Las tendencias se obtuvieron al observar el comportamiento (a la alza, a la baja o sin cambio) que tiene la frecuencia cardíaca de cada sujeto al cambiar a cada fase. Por ejemplo: Si un paciente está muy ansioso y su frecuencia cardíaca está en 110 pulsaciones por minuto (ppm, medido intencionalmente para fines de la investigación), y al hacer un ejercicio de relajación por 15 minutos, la frecuencia cardíaca le baja a 99 ppm, y al terminar la relajación, los siguientes cinco minutos le baja aún más hasta 95 ppm, podríamos decir que tiene una tendencia a la baja porque disminuyó durante y después de la intervención. Las posibles combinaciones son nueve: aumenta–aumenta, aumenta–disminuye, aumenta–se mantiene, disminuye–aumenta, disminuye–disminuye, disminuye–se mantiene, se mantiene–aumenta, se mantiene–se mantiene, y se mantiene–disminuye. Por último se incluyen algunos ejemplos de las gráficas de los sujetos que representan mejor a cada una de las posibles tendencias resultantes.

Descripción de sujetos

Participaron 20 niños hospitalizados, 14 niños y seis niñas, de entre seis y 16 años de edad, con edad promedio de diez años (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Frecuencia de edades de los participantes

Edad (años)	Frecuencia
6	1
7	2
8	5
9	2
10	3
11	2
12	1
13	1
15	1
16	2

Resultados cuantitativos

Los resultados del promedio de la frecuencia cardiaca en cada una de las fases en los 20 sujetos, se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

Edad, sexo y frecuencia cardiaca en las tres fases de los 20 sujetos

Sujeto	Edad	Sexo	Promedio FC antes	Promedio FC durante	Promedio FC después
1	12	Masculino	94	93	91
2	8	Masculino	90	90	92
3	10	Masculino	77	73	75
4	6	Masculino	114	113	110
5	8	Masculino	76	74	73
6	8	Masculino	123	118	123
7	7	Femenino	85	85	86
8	8	Masculino	111	107	99
9	16	Masculino	79	78	82
10	11	Femenino	112	112	111
11	9	Masculino	90	89	86
12	11	Masculino	84	89	88
13	8	Femenino	73	75	70
14	10	Masculino	88	92	93
15	16	Femenino	85	91	88
16	7	Masculino	83	84	81
17	13	Masculino	71	73	80
18	10	Masculino	102	99	100
19	15	Femenino	85	83	84
20	9	Femenino	95	98	98
Promedio	10.1		90.9	90.8	90.5

Se observa en la Tabla 3, que la frecuencia cardíaca disminuyó en el 50% de los casos durante la intervención psicológica (con respecto al estado inicial, es decir, sin intervención). En el 55% de los casos se redujo la frecuencia cardíaca después de la intervención psicológica. La diferencia encontrada en la frecuencia cardíaca en cualquiera de las tres fases nunca excedió las ocho pulsaciones por minuto.

Tabla 3.
Número de sujetos con el mismo patrón de comportamiento de frecuencia cardíaca entre fases

Comportamiento de la frecuencia cardíaca	Antes–durante	Durante–después	Antes–después
Aumentó	7	9	8
Se mantuvo igual	3	1	1
Disminuyó	10	10	11

De las nueve posibles tendencias mencionadas, solamente ocurrieron siete de ellas. Las Tablas 4 y 5 muestran las dos tendencias que tuvieron el mayor número de sujetos y las cuales representan el 50% de la muestra. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero se presentan los datos que señalan las tendencias obtenidas. A diferencia de la Tabla 3, en estos casos la frecuencia cardíaca se comporta con la misma tendencia en cada uno de los dos momentos de la intervención (antes–durante y durante–después) en el mismo sujeto. En la Tabla 4 se agruparon los sujetos que tuvieron una tendencia a la baja en frecuencia cardíaca tanto durante la intervención, con respecto al estado inicial, como después de la intervención (con respecto a la fase anterior). La Figura 1 muestra al sujeto más representativo de esta tendencia (disminuye–disminuye), el cual está marcado en negritas en la tabla 4.

Tabla 4.

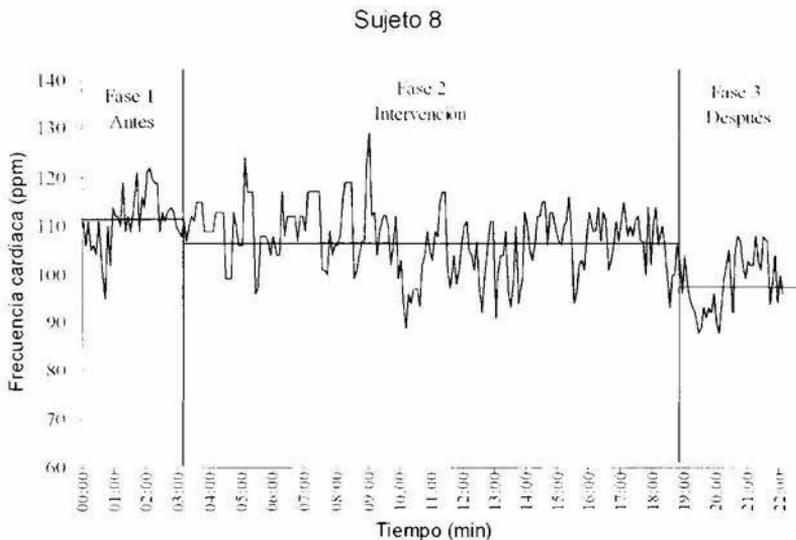
Sujetos en los que disminuyó la frecuencia cardiaca durante y después de la intervención.

Sujeto	Promedio FC antes	Promedio FC durante	Promedio FC después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
1	94	93	91	-1	-2
4	114	113	110	-1	-3
5	76	74	73	-2	-1
8	111	107	99	-4	-8
11	90	89	86	-1	-3

NOTA. FC: Frecuencia cardiaca

Figura 1.

Sujeto con disminución de la frecuencia cardiaca en las fases 2 y 3.



Nota. Se indica el promedio de la frecuencia cardiaca con una línea a lo largo de cada fase de intervención. Pulsaciones por minuto (ppm).

En la Tabla 5 se agruparon los sujetos en los cuales disminuyó la frecuencia cardiaca durante la intervención, con respecto al estado inicial, y aumentó al terminar la intervención. La Figura 2 muestra al sujeto más representativo de esta tendencia (disminuye-aumenta).

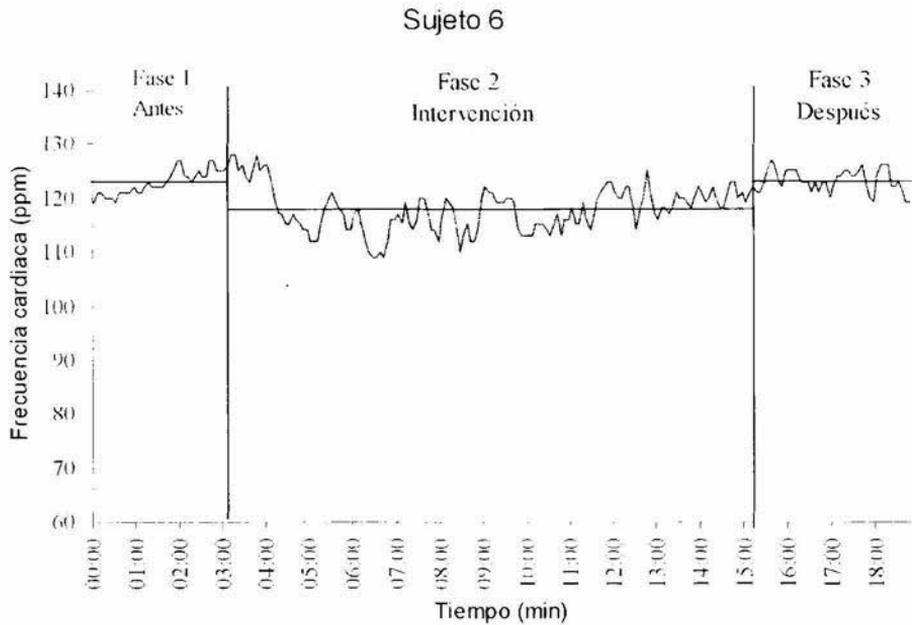
Tabla 5.

Participantes en los que disminuyó la frecuencia cardiaca en la fase 2 y aumento en la fase 3.

Sujeto	Promedio FC antes	Promedio FC durante	Promedio FC después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
3	77	73	75	-4	2
6	123	118	123	-5	5
9	79	78	82	-1	4
18	102	99	100	-3	1
19	85	83	84	-2	1

Figura 2.

Sujeto que representa la tendencia a disminuir la frecuencia cardíaca durante la intervención psicológica y aumento al término de la misma.



En cuatro niños la frecuencia cardíaca aumentó durante la intervención psicológica y disminuyó después (ver Tabla 6). En la Figura 3 se muestra un ejemplo.

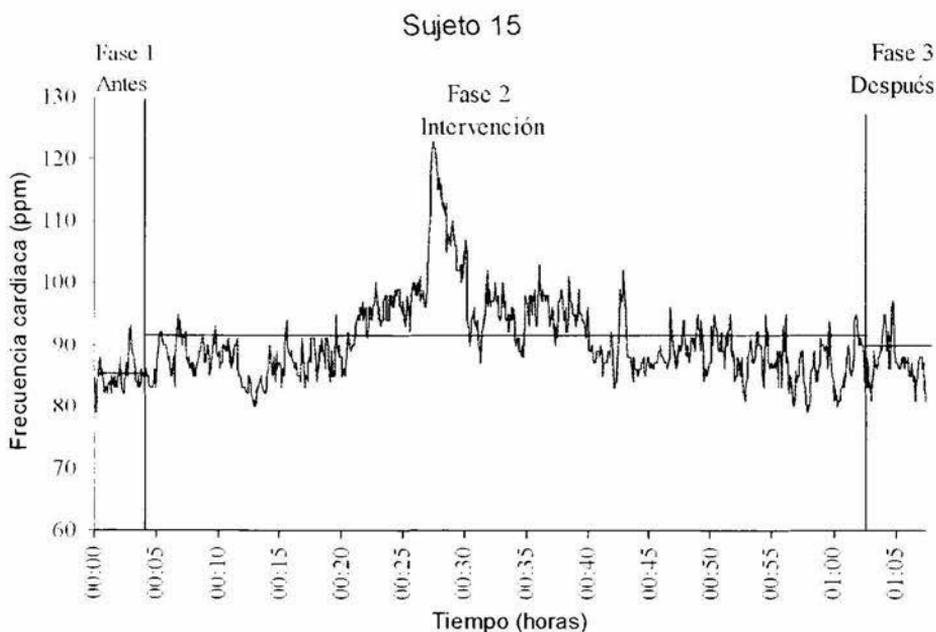
Tabla 6.

Participantes con aumento de frecuencia cardiaca durante la intervención psicológica y disminución de la al termino de la misma.

Sujeto	Promedio antes	Promedio durante	Promedio después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
12	84	89	88	5	-1
13	73	75	70	2	-5
15	85	91	88	6	-3
16	83	84	81	1	-3

Figura 3.

Sujeto que presenta aumento de la frecuencia cardiaca durante la fase 2 y disminución después.



En dos niños se mantuvo igual la frecuencia cardíaca durante la intervención psicológica y subió después de la intervención (ver Tabla 7). Se muestra ejemplo en la Figura 4.

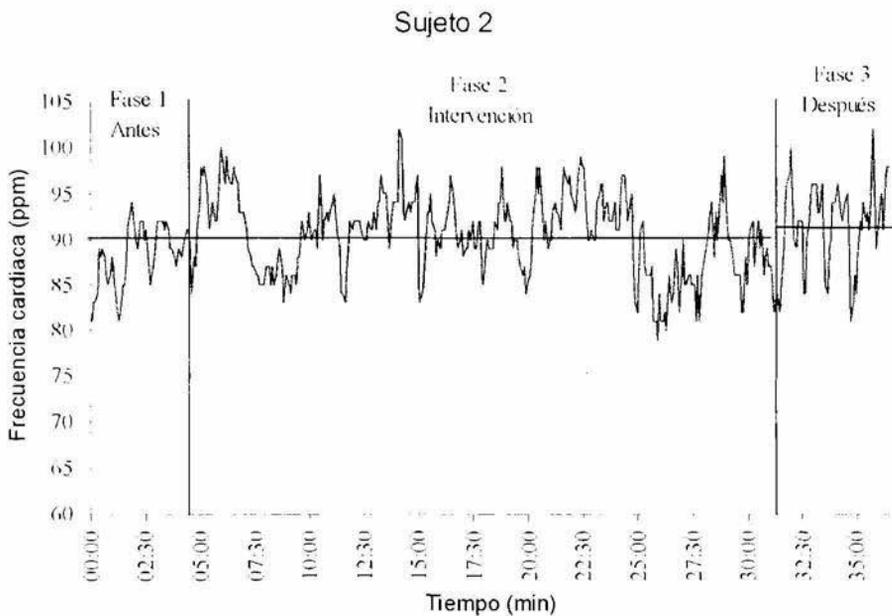
Tabla 7.

Participantes en los que la frecuencia cardíaca se mantuvo igual durante la intervención psicológica y aumentó después de la misma.

Sujeto	Promedio antes	Promedio durante	Promedio después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
2	90	90	92	0	2
7	85	85	86	0	1

Figura 4.

Sujeto en el que la frecuencia cardíaca se mantuvo igual durante la fase 2 y aumentó en la fase 3.



En dos niños la frecuencia cardiaca aumentó durante y después de la intervención psicológica (ver Tabla 8). Ejemplo en la figura 5.

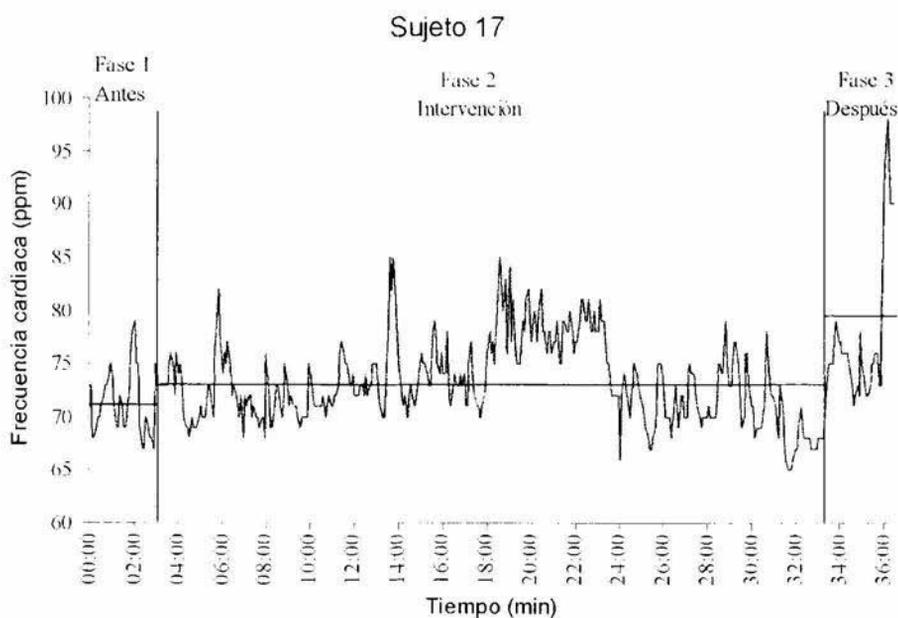
Tabla 8.

Participantes en los que la frecuencia cardiaca aumentó durante y después de la intervención psicológica.

Sujeto	Promedio antes	Promedio durante	Promedio después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
14	88	92	93	4	1
17	71	73	80	2	7

Figura 5.

Sujeto en el que la frecuencia cardiaca aumentó durante y después de la intervención psicológica.



En un niño se mantuvo igual la frecuencia cardíaca durante la intervención y disminuyó muy ligeramente después de la intervención psicológica (ver Tabla 9) Se expone el caso en la Figura 6.

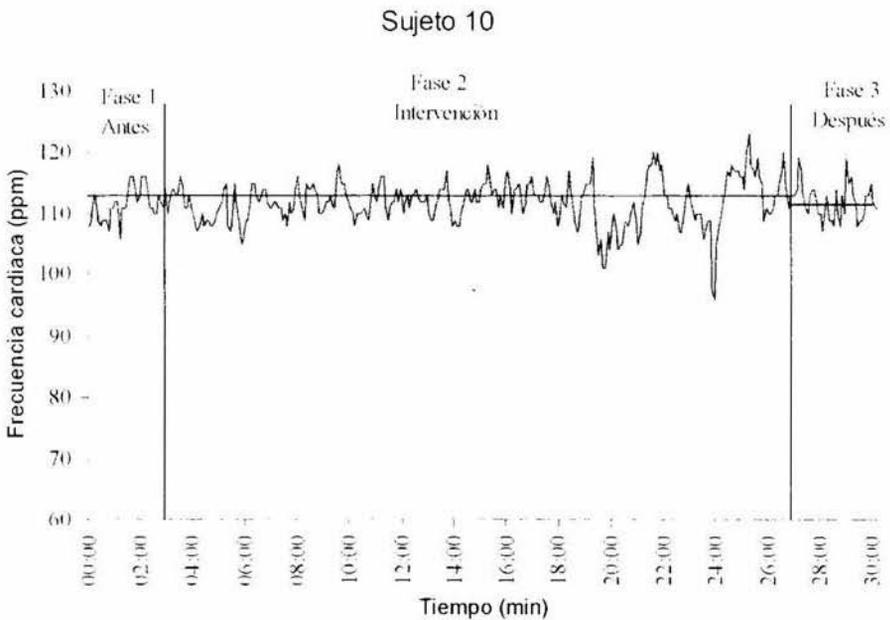
Tabla 9.

Sujeto en el que la frecuencia cardíaca se mantuvo igual durante la intervención y disminuyó después de la misma.

Sujeto	Promedio antes	Promedio durante	Promedio después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
10	112	112	111	0	1

Figura 6.

Sujeto en el que la frecuencia cardíaca se mantuvo igual durante la intervención y disminuyó después.



En un niño aumentó la frecuencia cardiaca durante la intervención psicológica y se mantuvo igual al término de la misma (ver Tabla 10). Caso expuesto en la Figura 7.

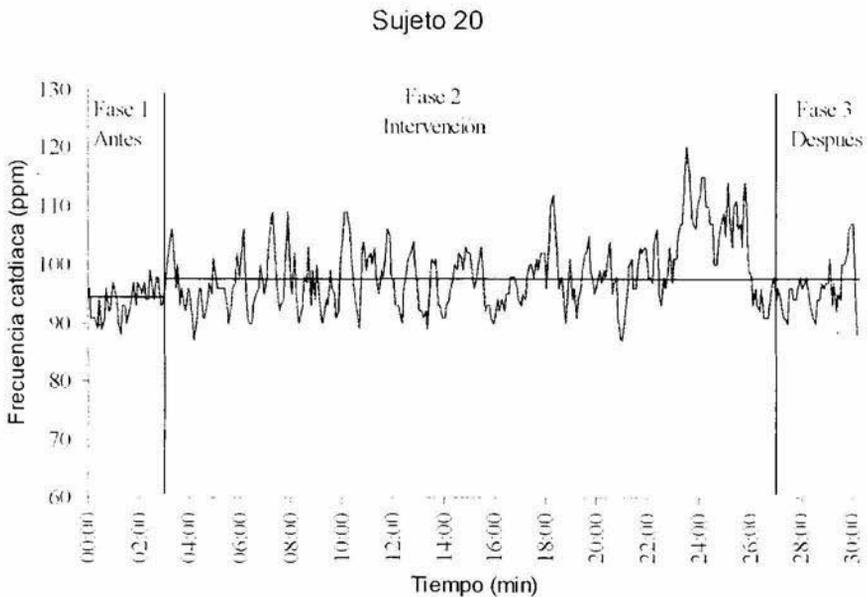
Tabla 10.

Sujeto en el que la frecuencia cardiaca aumentó durante la intervención y se mantuvo igual después de la intervención.

Sujeto	Promedio antes	Promedio durante	Promedio después	Diferencia entre antes y durante	Diferencia entre durante y después
20	95	98	98	3	0

Figura 7.

Sujeto en el que la frecuencia cardiaca aumentó durante la intervención y después se mantuvo igual.



Resultados cualitativos

En todos los niños se observaron cambios clínicos importantes reportados por el equipo médico y de enfermería. Además de que los niños reportaron verbalmente sentirse más tranquilos después de la intervención psicológica.

Los valores más bajos de frecuencia cardíaca obtenidos se detectaron durante la utilización de la técnica de relajación de imaginería (intervención psicológica), encontrando cambios clínicamente importantes como que los niños dijeron sentirse más tranquilos, se divertieron, manifestaron haber aprendido técnicas que pudieran usar en otros escenarios, entre otros.

Discusión

El propósito del presente trabajo fue conocer el comportamiento de la frecuencia cardíaca ante la intervención cognitivo conductual (psicoeducación y relajación), ya que la frecuencia cardíaca es un indicador importante de la ansiedad. Se pretendió enseñar a los niños diversas técnicas que pueden utilizar para disminuir la ansiedad y enfrentar las situaciones que la provoquen. Una de las situaciones que produce ansiedad en los niños durante la hospitalización son las intervenciones médicas invasivas, tales como las cirugías, las punciones o las canalizaciones. Cabe señalar que durante la intervención psicológica no se realizaron intervenciones médicas.

Las técnicas de relajación, imaginería y dar información al paciente son adecuadas para la reducción de manifestaciones de ansiedad, según las observaciones realizadas por Luebbert, Dahne y Hasenbring (2001). Las observaciones realizadas por LeRoy y cols., 2003, también mencionan que las técnicas de relajación y psicoeducación son intervenciones efectivas en niños, pudiendo observar una reducción de la frecuencia cardíaca. Mencionan también la importancia de la integración de la retroalimentación biológica como parte de los programas psicológicos de intervención.

Doellman (2005), recalca la importancia de manejar la ansiedad en los niños durante un procedimiento médico, a través de información proporcionada al niño acerca del procedimiento al que será sometido, entrenamiento en técnicas de relajación a través de respiración y utilización de otras técnicas como distracción y masaje.

Las técnicas de psicoeducación y juego ayudan también a disminuir signos y síntomas de ansiedad (Hee, Goy, Suah-Bee, 2003).

En las investigaciones previamente realizadas que se mencionan con anterioridad, se concluye que las técnicas de intervención psicológica que se usaron en el presente trabajo, son efectivas en el manejo de ansiedad. En específico la investigación de LeRoy, Elixson, O'Brien, Tong, Turpin y Uzark en el (2003) argumenta sobre "disminución en frecuencia cardíaca" ante las técnicas psicológicas

aplicadas, lo cual encontramos solamente en el 50% de los casos estudiados. No se puede afirmar si esto se debe al azar o a la intervención, además de que la cantidad de variación (medida en pulsaciones por minuto) de la disminución fue de menos del 10 por ciento. Se esperaba que la frecuencia cardiaca disminuyera en un mayor porcentaje de los casos y de pulsaciones.

Algunas recomendaciones que se sugieren para estudios posteriores sobre este tema son:

- Realizar un entrenamiento a los padres ayudaría a observar cambios en las manifestaciones de ansiedad en los niños (Watson y Visram, 2003).
- Incluir a los padres permitiendo que acompañen a los niños durante el procedimiento (Puura, A. y cols. 2005).
- Tomando en cuenta las técnicas de evaluación de ansiedad, sería conveniente realizar una evaluación multimodal que incluya cuestionarios de evaluación de ansiedad que complementen la evaluación de variables fisiológicas, además de integrar al programa estrategias cognitivas que se concentren en el análisis de los pensamientos de los niños (Manassis, Avery, Batalia, Mendlowitz, 2004). Se consideró importante atender cada uno de los componentes de la ansiedad, realizando una evaluación multimodal. Sin embargo, en México es difícil realizarla ya que no se cuenta con instrumentos que faciliten la evaluación, además de encontrar condiciones ambientales que dificultan una evaluación amplia y la aplicación de un programa de intervención y seguimiento. Esto por la gran demanda del servicio hospitalario y de los pocos recursos para cubrir las necesidades hospitalarias y de la población involucrada.
- Tomar en cuenta investigaciones como las de Bal y cols. (2006); Watson y Visram, (2003) y Aguilera, Patel, Meakin y Masteson (2003), quienes reportan la importancia de realizar intervenciones psicológicas, para un control de ansiedad en los niños ante intervenciones médicas invasivas. Refieren que los médicos se muestran interesados en realizar trabajos multidisciplinarios para reducir la ansiedad; dejando a consideración la evaluación a través de

medidas fisiológicas como la frecuencia cardíaca, ya que mencionan que ésta se ve afectada por medicamentos utilizados en algunos procedimientos en los que se requiere anestesia o algún otro medicamento específico.

- Deben considerarse aspectos prácticos relacionados con la situación o condiciones de salud de los pacientes, ya que impiden intervenciones largas. Es importante tomar en cuenta las características de los pacientes pediátricos relacionadas con la atención y la cooperación. Se reafirman las conjeturas de Echeburúa (1993) y Ortigosa y Méndez (2000) quienes han observado que los tratamientos de intervención en niños durante la estancia hospitalaria deben ser breves, ya que la respuesta de los niños fue favorable. Por lo anterior, deben tomarse en cuenta mediciones cortas durante las intervenciones, que no representen gran inversión de tiempo, además de recursos relacionados con el paciente o escenario hospitalario. Cabe señalar también, que el Hospital Juárez de México es un hospital de tercer nivel que atiende a población de bajos recursos. Es altamente concurrido y los movimientos y procedimientos dentro del hospital son rápidos y en ocasiones no permiten planear una intervención o tratamiento.
- Realizar un estudio en el que se distinga entre las diferentes tipos de intervención psicológica, ya que se percibió que con la “imaginaria” había en la mayoría de los casos disminución de la frecuencia cardíaca, pero no fue posible demostrarlo ya que no era la intención de esta investigación.
- Se observa que la intervención fue clínicamente importante a pesar de no obtener los resultados esperados. Sin embargo, es importante recalcar que no todos los niños que participaron se iban a someter a alguna intervención invasiva después de la intervención. Algunos de ellos serían intervenidos horas y hasta varios días después de la misma. Algunos otros ya habían sido sometidos a alguna intervención médica invasiva. Por lo que sería interesante observar el comportamiento de la frecuencia cardíaca no sólo durante el entrenamiento para el control de ansiedad mediante estas técnicas, sino

también durante la intervención médica y poder realizar una comparación entre las mismas.

- Aplicar el protocolo durante la intervención médica invasiva en el niño y observar el comportamiento de la frecuencia cardíaca durante la misma, así como la efectividad de la utilización de las técnicas en los niños.
- Realizar la intervención en varias ocasiones con el mismo niño para reforzar el aprendizaje de las técnicas, observar el mantenimiento del cambio e incluir el análisis del comportamiento de la frecuencia cardíaca durante la intervención médica en el niño. Respetando el tiempo de atención de cada uno de ellos así como el diseño de intervenciones breves.
- En general, se sugiere tomar en cuenta la efectividad que tuvieron las técnicas integradas al programa, los cambios y las limitaciones encontradas. Integrar a más niños dentro del grupo de evaluación favorecería los resultados encontrados, además de poder realizar estudios que justifiquen estadísticamente los cambios clínicos observados. Se recomienda también integrar un grupo control para aumentar el nivel de la investigación. Además de integrar varias sesiones que refuercen el entrenamiento realizado con el niño y observar mayores cambios ante alguna intervención médica que se realice al niño mientras se registra el comportamiento de la frecuencia cardíaca.

Tomando en cuenta al equipo de salud involucrado en la investigación, se puede decir que los médicos, enfermería y demás personal que participó, se mostraron interesados en la propuesta realizada e interesados en integrar las técnicas psicológicas utilizadas para la reducción de ansiedad, como parte del programa de atención del paciente pediátrico en el servicio de hematología del hospital Juárez de México.

Como dificultades para integrar las sugerencias mencionadas en esta investigación, se encontraron las demandas del servicio, ya que hay muchas necesidades de atención que requieren ser cubiertas y no se dispone de tiempo para poder realizarla. La atención de los pacientes y otras demandas del servicio

consumen el tiempo de estancia en la residencia en su totalidad. La rapidez con que en ocasiones se determina o no una intervención médica invasiva en el niño, la falta de planeación y de programación de la misma afectaron también para la el desarrollo de estas propuestas.

Referencias

- AGUILERA, I., PATEL, D., MEAKIN, G. Y MASTERSON, J. (2003). Perioperative anxiety postoperative behavioural disturbances in children undergoing intravenous or inhalation induction of anaesthesia. *Paediatric Anaesthesia*. 13, 501-507.
- BAL, N., SARICA OGLU, F., UZUN, S., DAL, D., ÇELEBI, N., ÇELIKER, V. Y AYPAR (2006). Perioperative anxiety and postoperative behavioural disturbances in children: comparison between induction techniques. *European Journal of Anaesthesiology*. 23, 470-475.
- CABALLO, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- CAMPBELL, L., KIRKPATRICK, S. Y BERRY, C. (1996). Preparing children with congenital heart disease for cardiac surgery. [Versión electrónica], *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 313-328.
- CEDAN, C., ARÁOZ, C. Y CASTAÑEDA, C. (2003). Ansiedad estado-rasgo en niños y adolescentes durante la hospitalización. Recuperado en abril de 2007 en www.psicocentro.com.
- DE LA GÁNDARA, M. Y FUERTES, R. (1999). *Angustia y ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- DOELLMAN, D. (2005). Ease a child's anxiety during PICC insertion-without sedation. *Nursing*. 35-3,68.
- ECHEBURÚA, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- EDWARDS, S. (1999). *Corazón inteligente. El entrenamiento con monitor de ritmo cardiaco*. 8va. ed. Bilbao: Dorleta.

- GALLAR, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- HEE, H., GOY, R. Y SUAH-BWEE, A. (2003). Effective reduction of anxiety and pain during venous cannulation in children: a comparison of analgesic efficacy conferred by nitrous oxide EMLA and combination. *Paediatric Anaesthesia*, 13, 210-216.
- JAY, S., ELLIOTT, C. Y OZOLINS, .M. (1985). Behavioral management of children's distress during painful medical procedures [Versión electrónica], *Behaviour Research and Therapy*: 23, 513–520.
- KAIN, Z., MAYES, L. Y CARAMICO, L. (1996). Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. [Versión electrónica], *Journal of Clinical Anesthesia*. 8,508–514.
- KAIN, Z., MAYES, L. Y O'CONNOR, T. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. [Versión electrónica], *Archives of pediatrics & adolescent*. 150-2, 1238–1245.
- KINGSLEY, M., LEWIS, M. Y MARSON, R. (2005). Comparison of polar s810 and an ambulatory ECG system for interval measurement during progressive exercise. *International Journal of Sports Medicine*. 26, 39-44.
- LEROY, S., ELIXSON, M., O'BRIEN, P., TONG, E., TURPIN, S. Y UZARK, K. (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac circulation procedures. [Versión electrónica], *Circulation*, 108, 2550-2564.
- LUEBBERT, K., DAHNE, B. Y HASENBRING, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. [Versión electrónica], *Psycho-oncology* 10, 490-502.

- MANASSIS, K., AVERY, D., BATALIA, S. Y MENDLOWITZ, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy with childhood anxiety disorders: functioning in adolescence. *Depression and Anxiety*. 19, 209-216.
- O'BYRNE, K., PETERSON, L. Y SILDANA, L. (1997). Survey of pediatric hospitals preparation programs: evidence of the impact of health psychology research. [Versión electrónica], *Health Psychology*. 16, 147-154
- ORTIGOSA, J Y MÉNDEZ, F. (2000), *Hospitalización infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PEDERSON C. (1995). Effect of imagery on children's pain and anxiety during cardiac catheterization. [Versión electrónica], *Journal of Pediatric Nursing*. 10, 365-374.
- PUURA, A., PUURA, K., RORARIUS, M., ANNILA, P., VIITANEN, H. Y BAER, G. (2005). Children's drawings as a measure of anxiety level: a clinical pilot study. *Paediatric Anaesthesia*. 15, 190-193.
- SALMON, K. Y PEREIRA, J. (2002). Predicting Children's Response to an Invasive Medical Investigation: The influence of Effort Control and Parent Behavior. [Versión electrónica], *Journal of pediatric Psychology*, 27-3, 227-233.
- SCHAEFER, C., Y O'CONNOR, K. (2000). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2004). Sistema Nacional de Información en Salud. Egresos hospitalarios. Recuperado en febrero 19 de 2008 en <http://www.salud.gob.mx/>.
- SIMÓN, M. (1993). *Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- TURK, D., MEICHENBAUM, D. Y GENEST, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. Nueva York: The Guilford Press.

WATSON, A. Y VISRAM, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behavior. *Paediatric Anaesthesia*. 13, 188-204.

Características de la residencia

La psicología integra en su estudio y atención aspectos relacionados con la salud en general. Desde sus inicios ha tomado en cuenta estrategias de solución a problemas relacionados con la salud y la educación. Sin embargo, es la medicina conductual la que como campo interdisciplinario de la psicología, se relaciona directamente con las ciencias biomédicas y conductuales con el objetivo de atender problemas de salud, integrando la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de programas de intervención para la atención de conductas relacionadas con enfermedades, así como todas aquellas áreas involucradas. Se ha concentrado en resolver problemas psicológicos relacionados con diversos padecimientos dando así alternativas de tratamiento y atención a los pacientes para desarrollar habilidades que les permitan enfrentar la situación en la que se encuentran. Además de atender necesidades relacionadas con enfermedades crónicas, agudas y terminales. La vida, salud, enfermedad y muerte, están involucradas con el desarrollo del profesional en medicina conductual. Dentro del ámbito hospitalario, el psicólogo no sólo atiende necesidades relacionadas con la salud, sino que desarrolla competencias para atender problemas prácticos vinculados a los conocimientos adquiridos relacionados con cada uno de los pacientes, favorece la adherencia al tratamiento, realiza intervenciones en crisis ante situaciones de estrés para el individuo y sus familiares, desarrolla habilidades en los pacientes para enfrentar su situación actual. Previene, fortalece y es parte del sistema de salud, Realiza intervenciones en situaciones como manejo de ansiedad, estrés, depresión y calidad de vida, manejo y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, manejo en adherencia terapéutica, intervenciones en crisis, apoyo al equipo de salud, manejo conductual del paciente y sus familiares.

La residencia en medicina conductual tiene el objetivo de desarrollar en el alumno competencias para el ejercicio profesional especializado en medicina conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y tomando en cuenta el trabajo multidisciplinario involucrado. El residente debe resolver problemas psicológicos

de los pacientes, relacionados con el padecimiento y la situación de hospitalización en la que se encuentra. El psicólogo en medicina conductual debe dar alternativas para solucionar y enfrentar esta situación.

Objetivo del reporte de actividades profesionales

Desarrollar un escrito que contenga las actividades realizadas durante la residencia en medicina conductual, incluyendo las características del servicio de rotación de los dos años, así como del protocolo de investigación desarrollado en el servicio. Reflejando así las habilidades y competencias adquiridas a través de la residencia para el propio desarrollo profesional.

Características del Hospital Juárez de México

Ubicación

Se encuentra en la Avenida Politécnico Nacional, en la colonia Magdalena de las Salinas, al norte del Distrito Federal.

Nivel de atención

El Hospital Juárez de México, ofrece una atención de tercer nivel ya que es un hospital general que cuenta con diversas áreas especializadas de atención como lo es pediatría, medicina interna y cirugía, entre otras.

Servicios de la sede

Lo constituyen diversos servicios, entre ellos se encuentran: Urgencias, Oncología, Medicina física y Rehabilitación, Anatomía patológica, Cirugía, Terapia intensiva, Hemodinámica, Toco cirugía, Medicina crítica, Pediatría, Medicina obstétrica, Hematología, Nefrología, Trasplante renal, Ciencias neurológicas, área quirúrgica para diversas especialidades, Psicología y Psiquiatría, Servicios paramédicos,

Auxiliar diagnóstica, Laboratorio, Enfermería, Áreas de enseñanza, Investigación y Administrativas.

Ubicación del residente en medicina conductual en la sede

Cada uno de los servicios cuenta con médicos y enfermeras especializadas, residentes y estudiantes. Algunos servicios además, cuentan con un residente en medicina conductual que se integra al trabajo multidisciplinario para la atención de los pacientes que se encuentran ese servicio.

Primer año de residencia

Durante el primer año de residencia se realizaron dos rotaciones en el Hospital Juárez de México.

Primera rotación

Servicio de Pediatría

Se encuentra ubicado en el cuarto piso de hospitalización y cuenta con diversas áreas especializadas que lo integran: nefrología, infectología, hematología, medicina interna, terapia intensiva, cirugía, atención a neonatos, urgencias y aislados.

Recursos humanos

Se encuentran distribuidos aproximadamente 14 internos de medicina, 24 residentes, 38 enfermeras divididas en tres turnos, un psicólogo en medicina conductual y más de 11 médicos adscritos y representantes administrativos del área, que incluyen también trabajadoras sociales, maestros, secretarías y personal de intendencia.

Líneas de autoridad

Las componen el Jefe de la División de Pediatría y los jefes de áreas integradas, incluyendo enfermería y médicos adscritos, además del supervisor *in situ* y coordinador académico.

Actividades desarrolladas en pediatría

El servicio de pediatría ofrece la oportunidad de trabajar en todas las áreas que lo conforman, así como trabajar con el equipo de salud que lo integra de forma multidisciplinaria. El personal se encuentra conciente de la importancia del psicólogo en el ámbito hospitalario. Los adscritos refieren casos para ser atendidos por el área de medicina conductual, reconociendo el trabajo realizado. Sin embargo, el servicio se encuentra desestructurado, debido a que las actividades y tareas no eran claras al llegar al servicio. Si bien el psicólogo ha estado presente en el servicio, éste no ha cubierto la atención total de las necesidades. Cabe mencionar la amplia carga de trabajo que existe para un solo psicólogo en el piso de pediatría, por lo que sería imposible hacerlo. Las facilidades otorgadas por los médicos y enfermeras para el desarrollo del trabajo es amplio, no así el espacio de trabajo. La mayor parte del tiempo se realiza el trabajo junto a la cama del paciente, siendo esto en ocasiones poco práctico debido a que las intervenciones no sólo se realizan con el paciente, sino con el cuidador primario que lo acompaña. En pediatría es necesario que el padre, la madre o un familiar cercano apoye en el cuidado del niño, por lo que la atención psicológica se encuentra dirigida no sólo a los pacientes, sino también a los familiares. El área de pediatría no cuenta con consulta externa, excepto en aquellos casos identificados durante la hospitalización y a los que en ocasiones se les da un seguimiento posterior. Además de integrar aquellos pacientes referidos por algunos médicos adscritos para el manejo de adherencia terapéutica, se trata principalmete de pacientes con diabetes.

Actividades diarias y académicas

Dentro de las actividades realizadas en el servicio, diariamente se realiza el pase de visita en cada una de las salas del hospital. El pase de visita se realiza con los médicos adscritos y residentes. Al contar en pediatría con varias áreas, los pases de visita no siempre coincidirán con los de los médicos adscritos, sin embargo a pesar de esto se realizan pases de visita por parte del psicólogo de medicina conductual

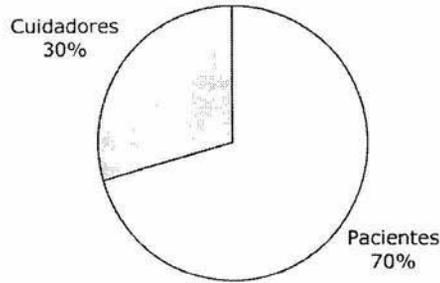
para detectar los pacientes recién ingresados o intervenciones que deberán realizarse durante el día. A través del pase de visita con el médico o del realizado de forma individual se detectan las necesidades del área y las demandas psicológicas que existen. A través del pase realizado por el psicólogo se determina la intervención psicológica en los pacientes, de acuerdo con el diagnóstico y las observaciones. Por otro lado, deben solicitarse informes a los médicos residentes para considerar las necesidades que ellos observen, así como a las enfermeras que se encuentran en cada área. Se toma la ficha de identificación de los pacientes canalizados y se jerarquizan las intervenciones que se harán durante el día. Se ofrece apoyo terapéutico de lunes a viernes, atendiendo en promedio cinco pacientes diarios. Se realizan entrevistas, evaluaciones y tratamientos de intervención, a través de técnicas cognitivo-conductuales. Se realizan notas clínicas de los pacientes atendidos. Los viernes se incluye en las actividades, el pase de visita general donde todos los médicos, residentes e internos participan en el pase de vista asignado a una de las salas del hospital, a cargo del Jefe de servicio. Durante el pase de visita es tomada en cuenta la opinión y el trabajo del psicólogo residente. Por otro lado, el psicólogo apoya el área de enfermería y medicina con pláticas y conferencias cuando éstas son requeridas.

Estadísticas del servicio de pediatría

Resultados

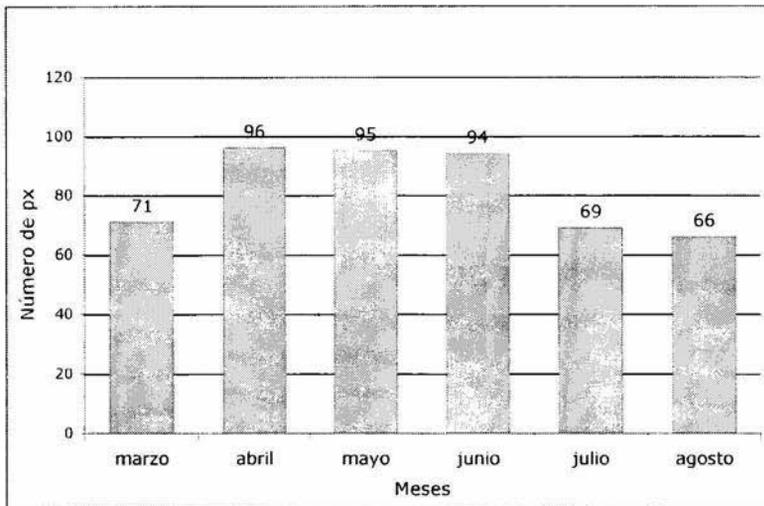
Durante los seis meses de servicio en pediatría se atendieron 220 pacientes, de los cuales 155 fueron pacientes hospitalizados y/o de consulta externa y 65 cuidadores primarios que atendían las necesidades de los pacientes hospitalizados (ver Figura 1).

Figura 1
Atención psicológica del servicio de pediatría.



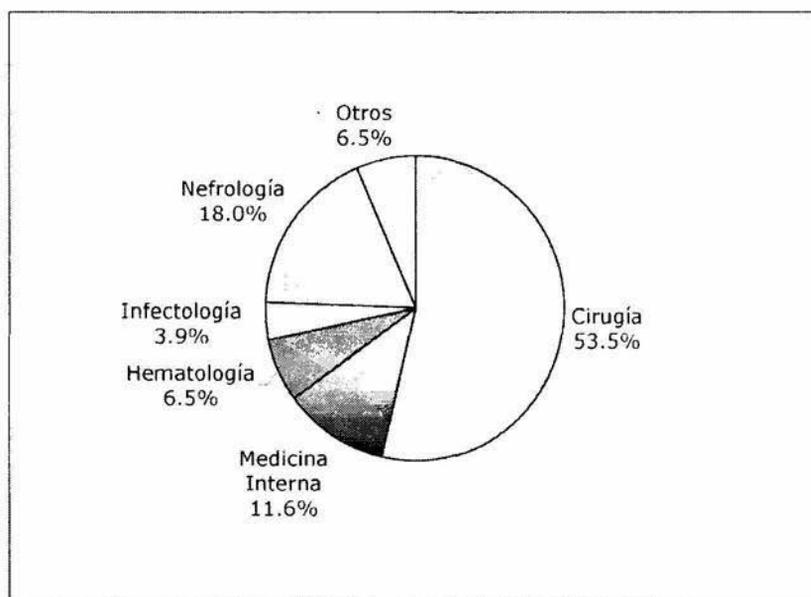
El número de pacientes atendidos al mes varía debido al número de ingresos hospitalarios del hospital y de los diversos servicios en pediatría. Sin embargo se atendieron en promedio a 82 pacientes mensualmente (ver Figura 2).

Figura 2.
Número de pacientes atendidos por mes.



Los 155 pacientes atendidos se distribuyen por servicios de la siguiente manera: 53.5% cirugía, 18% nefrología, 11.6% medicina interna, 6.5% hematología, 3.9% infectología y 6.5% a otros pacientes atendidos que no presentan padecimientos médicos y fueron atendidos debido a otras causas, como problemas de límites y conducta, manejo de ansiedad, etcétera (ver Figura 3).

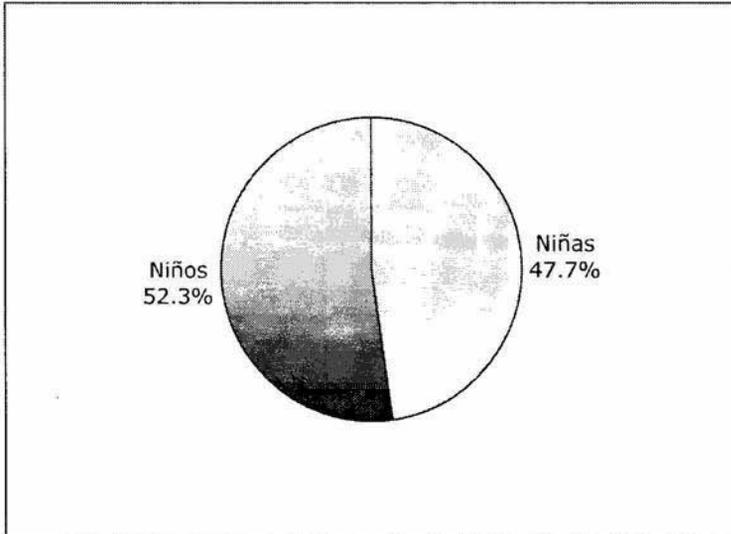
Figura 3.
Pacientes atendidos según el servicio.



Fueron atendidos más niños que niñas, sin embargo la diferencia en cuanto al porcentaje atendido es menor a un 5% (ver Figura 4).

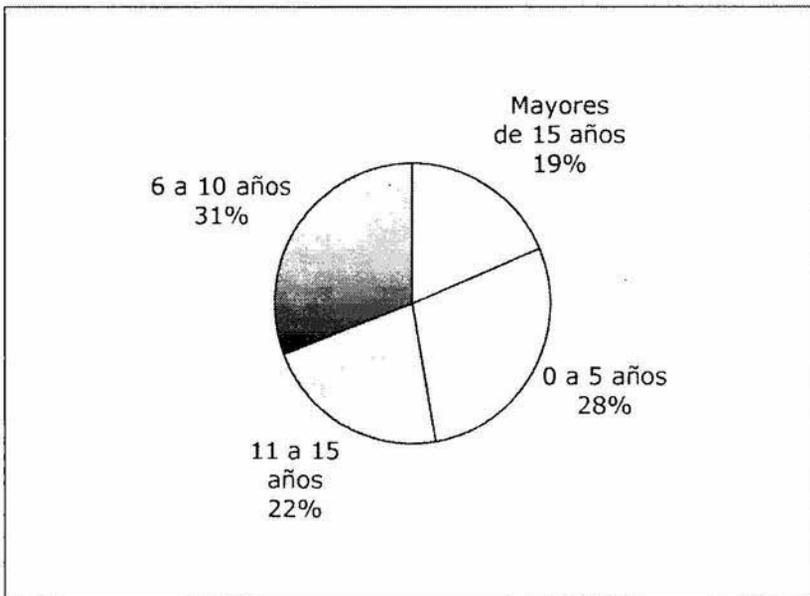
Figura 4.

Sexo de los pacientes atendidos.



El rango de edad de los pacientes es de los cero años (niños menores a un año) hasta los 17 años. Cabe señalar que la atención a niños menores a los dos años hace referencia a la atención brindada al cuidador primario (ver Figura 5).

Figura 5.
Edad de los pacientes pediátricos atendidos.



Entre las técnicas utilizadas durante las intervenciones, ordenadas de mayor a menor frecuencia de utilización, se encuentran:

1. Establecimiento de componentes de relación.
2. Validación emocional.
3. Contención emocional.
4. Psicoeducación.
5. Relajación profunda.
6. Imaginería.
7. Debate de pensamientos.
8. Registros de pensamiento.
9. Balance decisonal.
10. Relajación muscular progresiva.
11. Registros de solución de problemas.
12. Alternativas de solución.
13. Análisis de contingencias.
14. Tiempo fuera.
15. Desensibilización sistemática.

Conclusiones

Se atendieron en promedio 82 pacientes mensualmente, la mayoría de la población oscila entre los seis y 10 años de edad. En cuanto al sexo de los pacientes no se encuentran diferencias porcentualmente significativas. Se atiende también al cuidador primario del paciente que así lo requiera. Se observa que el servicio con mayor demanda de pacientes fue cirugía, debido a las características propias del servicio: existe mayor rotación de pacientes en el servicio de cirugía, cuenta con más camas, existen mayores demandas por parte de los pacientes y personal de enfermería ya que manifiestan respuestas de ansiedad que requieren ser atendidas. Sin embargo, se atendieron pacientes de todos los servicios que conforman pediatría. Se utilizan principalmente 15 técnicas de intervención durante las sesiones, las más utilizadas hacen referencia a las principales necesidades de la población y el servicio: control emocional y manejo de ansiedad.

Segunda rotación

Servicio de Hematología

Se encuentra ubicado en el tercer y cuarto piso de hospitalización. Dividido en adultos y niños respectivamente. En cuanto a atención psicológica el servicio fue dividido en adultos y niños durante mi residencia, con el objetivo de cubrir la necesidad de atención de la mayoría de los pacientes, así como de llevar un seguimiento en el mismo. Durante la residencia cubrí el área de pediatría.

Recursos humanos

Entre estas áreas se encuentran de dos internos de medicina, dos residentes, enfermeras divididas en tres turnos, dos psicólogas en medicina conductual, cuatro médicos adscritos y representantes administrativos del área, que incluyen dos trabajadoras sociales, secretarias y personal de intendencia.

Líneas de autoridad

Las componen el Jefe de Hematología, los adscritos del servicio, supervisor *in situ* y coordinadora académica.

Actividades desarrolladas en hematología

El servicio se encuentra conciente de la importancia del psicólogo en el ámbito hospitalario, integrándolo a las actividades que se llevan a cabo dentro del servicio. Los adscritos refieren casos para ser atendidos por el área de medicina conductual, reconociendo el trabajo realizado. El servicio se encuentra estructurado y organizado. Las facilidades otorgadas por los médicos y enfermeras es amplio, no así el espacio de trabajo; sin embargo, el equipo multidisciplinario que lo conforma, apoya y facilita la utilización de espacios para las intervenciones. En hematología pediátrica es necesario que el padre, la madre o un familiar cercano, apoye en el cuidado del niño, por lo que la atención psicológica se encuentra dirigida no sólo

a los pacientes sino también a los familiares. El área de hematología cuenta con consulta externa, por lo que se ven pacientes en consulta externa. Por otro lado se ofrece apoyo psicológico no sólo a aquellos pacientes hospitalizados, sino también a pacientes en quimioterapia ambulatoria.

Actividades diarias y académicas

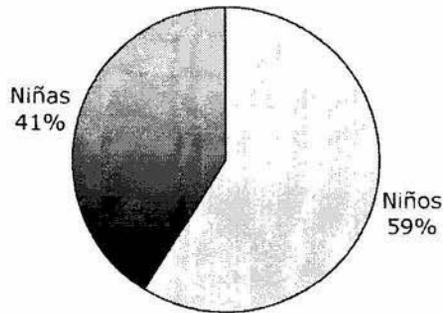
Dentro de las actividades realizadas en el servicio, diariamente se realiza el pase de visita con los médicos adscritos y residentes. Se detectan los pacientes recién ingresados o las intervenciones que deberán ser tomadas durante el día. Se detectan a través de las observaciones realizadas durante el pase o las canalizaciones que haga directamente el médico. Se toma la ficha de identificación de los pacientes canalizados y se jerarquizan las intervenciones que se harán durante el día. Se ofrece apoyo terapéutico, atendiendo en promedio cinco pacientes diarios. Se realizan entrevistas y tratamientos diagnósticos y de intervención a través de técnicas cognitivo-conductuales. Se realizan notas clínicas de los pacientes atendidos. El psicólogo se integra a las clases del servicio, los jueves y viernes, participando ocasionalmente con exposiciones o recomendaciones generales a los médicos. Se atiende a los pacientes de consulta externa y del servicio en general.

Estadísticas del servicio de hematología

Resultados

Durante los seis meses de servicio en hematología se atendieron 177 pacientes, de los cuales 105 fueron niños y 72 niñas. El 59% de los pacientes atendidos corresponde al sexo masculino (ver Figura 6).

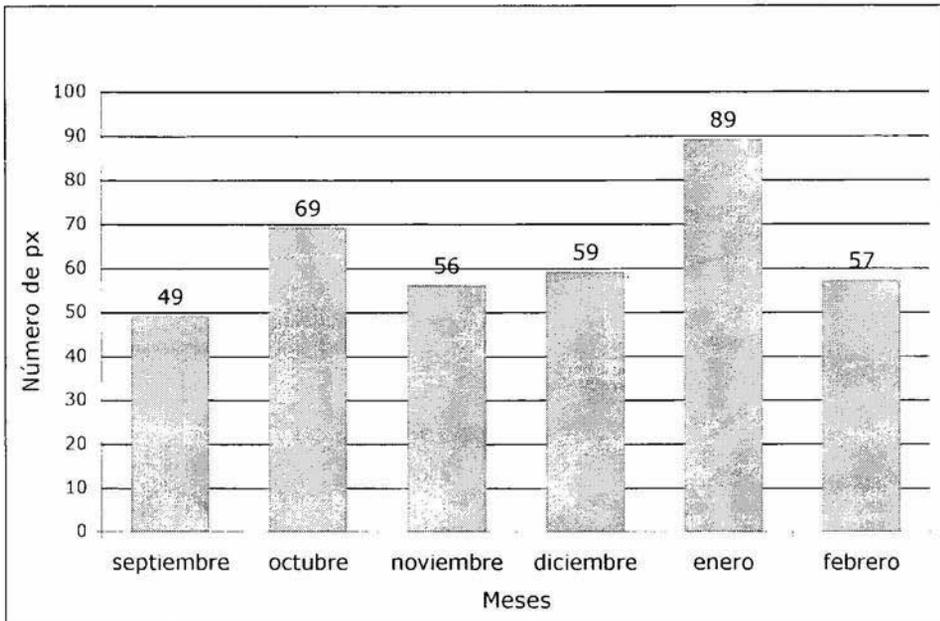
Figura 6.
Sexo de los pacientes atendidos.



En cuanto a la edad de la población atendida en el servicio de hematología, se encuentran en su mayoría menores de 18 años. El rango de edad de los niños atendidos fue de un año a 17 años de edad. En cuanto a la población adulta atendida se registran 12 intervenciones con pacientes de edades variadas. La población adulta atendida corresponde a cuidadores primarios de los pacientes pediátricos del servicio.

El número de pacientes atendidos al mes varía debido al número de ingresos al servicio. Además de asistencia a consulta externa y quimioterapia ambulatoria (ver Figura 7).

Figura 7.
Número de pacientes atendidos por mes.



Entre las técnicas empleadas durante las intervenciones, ordenadas de mayor a menor frecuencia de utilización, se encuentran:

1. Establecimiento de componentes de relación.
2. Validación emocional.
3. Contención emocional.
4. Relajación profunda.
5. Imaginería.
6. Debate de pensamientos.
7. Balance decisional.
8. Alternativas de solución.
9. Análisis de contingencias.
10. Tiempo fuera.
11. Desensibilización sistemática.

Conclusiones

Se atendieron en promedio 63 pacientes mensualmente, durante el segundo periodo del primer año de rotación. La mayoría de la población se encuentra en un rango de un año de edad (realizando el trabajo terapéutico con el cuidador primario) y los 17 años de edad. En cuanto al sexo de los pacientes se encuentran diferencias porcentualmente significativas, atendiendo a más niños que niñas. Se atendió también al cuidador primario del paciente que así lo requirió. Se utilizaron principalmente 11 técnicas de intervención durante las sesiones, las más utilizadas hacen referencia a las principales necesidades de la población y del servicio: control emocional y manejo de ansiedad.

Segundo año de residencia

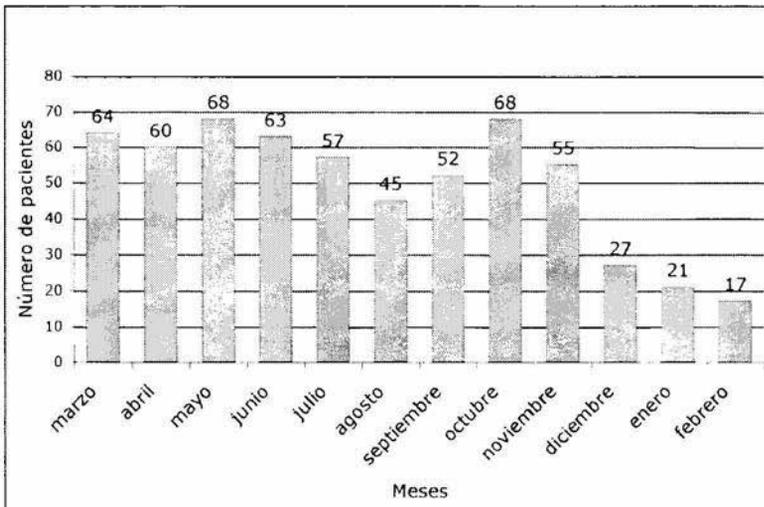
Durante el segundo año de residencia se realizó una rotación en el Hospital Juárez de México en el servicio de hematología, en el área de pediatría. Se mantienen las características del primer año de rotación en el servicio con excepción de que se integra al equipo de medicina conductual una psicóloga que rota tanto en adultos como en pediatría y un adscrito al servicio de hematología en pediatría. Se realizaron las mismas actividades académicas aportando igualmente a las sesiones médicas del servicio pláticas con temas diversos y de interés para el equipo médico.

Resultados

Se atendieron durante el segundo año de rotación 597 pacientes de uno a 17 años de edad, entre los cuales se integran los cuidadores primarios de los niños, consulta externa y quimioterapia ambulatoria. El número de pacientes atendidos al mes varía debido al número de ingresos al servicio, en promedio se atendieron 50 pacientes mensuales (ver Figura 8).

Figura 8.

Número de pacientes atendidos por mes, 2007-2008.



Actividades académicas dentro de la sede

Descripción

Los miércoles se asiste a la sesión general de medicina en donde se imparte un tema distinto cada semana. Se asiste a la supervisión *in situ*, revisando textos relacionados con la práctica clínica psicológica, sesión clínica: se exponen casos clínicos atendidos durante la consulta externa u hospitalización (anexados en el apartado siguiente con las características solicitadas por el supervisor *in situ*) y sesión bibliográfica, en dónde se revisan artículos acerca de los diferentes trastornos de personalidad. Todos estos a cargo del Jefe de Psicología y Psiquiatría, siendo éste el supervisor del programa dentro del hospital. Como parte de las actividades relacionadas con la residencia, bajo el enfoque cognitivo-conductual se integra la supervisión académica en donde se revisan casos clínicos, se exponen dudas, se revisan textos relacionados con la práctica clínica del residente en medicina conductual, además de recibir asesoría por parte de un experto en el área.

Caso clínico del primer año de rotación

I. Ficha de identificación.

Nombre: Marcela

Edad: 28 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Religión: católica

Escolaridad: 3ro. de secundaria.

Ocupación: hogar / ventas (ropa).

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Número de hijos: 1

Número de hermanos: 1 / 3

II. Motivo de consulta.

La paciente es identificada como cuidador primario de su hija de tres años, quién se encuentra hospitalizada en pediatría debido a una intervención quirúrgica para atender la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La madre, al ser atendida su hija para el control y manejo de ansiedad ante la intervención médica, solicita el servicio ya que reporta sentirse: “mal, traumada por todo lo que me ha pasado, nerviosa y con problemas con mi hija porque le pego y me desespera. Quiero aprender a tratar a mi hija para no pegarle ni que me desespere, y a no estar tan nerviosa” (sic. paciente). Se inicia el apoyo durante la hospitalización de su hija, acordando continuar con la intervención una vez que fuera dada de alta.

III. Impresión y actitud general.

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Complejión media, estatura media, tez morena. Usa lentes. Se muestra cooperadora, atenta y abierta. Se presenta con interés a

las sesiones, se muestra alegre. Mantiene contacto visual en todo momento y es puntual. Se muestra inquieta, mueve las manos continuamente, se le observa tensa (contracción muscular) y agitada (su respiración es corta y rápida).

IV. Antecedentes.

Historia de desarrollo

Reporta que no se presentaron dificultades prenatales. Fue planeada y deseada, aunque no aceptada ya que sus padres deseaban que naciera un niño. Como alteraciones postnatales reporta “nací chiquita” (sic. Paciente), aunque no conoce el peso que tuvo al nacer. También menciona que tardó en hablar (hasta los tres años y medio, desconociendo la causa) y en el área de lenguaje menciona que presentó dificultades ya que tartamudeó hasta los siete años. Ella recuerda que tenía dificultades para hablar me costaba trabajo, no era tan fácil pero después “ya... sólo que tartamudeaba” (sic. paciente). Eso la hacía sentirse “mal, no podía y mis compañeros se burlaban, yo me sentía muy mal, se reían” (sic. paciente).

Historia social

Menciona que siempre ha tenido dificultades para relacionarse con otros. En primaria recuerda haber tenido sólo una amiga, menciona que sus amigos comentaban que “era tonta y fea, que no hablaba, que no decía nada” (sic. paciente). Actualmente reporta no tener amigos, sólo conocidos “no tengo amigas y con mis vecinas siempre hay pleitos” (sic. paciente).

Historia escolar

Reporta haber tenido dificultades, reprobó dos años en primaria (1ro. Y 5to.), recuerda que para ella era difícil la escuela y se sentía sola. Estudió hasta tercero de secundaria y después dos años educadora. Deja los estudios debido a que su madre ya no apoya que ella continúe estudiando, solicitándole que invierta más tiempo en el cuidado de sus hermanos, de la casa y que trabaje para apoyarla económicamente.

Historia laboral

Comenta que trabaja desde pequeña, cuidando a sus hermanos y haciendo la limpieza de su casa. A los 18 años deja los estudios y empieza a trabajar en una empacadora de frijol, después de seis meses lo deja pues menciona que pensó que sus compañeras se burlaban de ella ya que “se juntaban y me veían riéndose y no me hablaban” (sic. paciente). Posteriormente trabajó cortando empaques de licuadora y deja de laborar ahí por estar embarazada. Después del nacimiento de su hija, en ocasiones ha trabajado haciendo limpieza en casas y actualmente reporta vender ropa con conocidos.

Historia sexual

Inicia su vida sexual a los 20 años, al casarse con su esposo. Ha sido su única pareja sexual.

Historia de salud

Menciona que no presenta antecedentes familiares hereditarios de enfermedades físicas ni mentales de importancia. Por otro lado, reporta no haber padecido enfermedades de importancia, hasta el 2002 presentando dificultades para quedar embarazada e iniciando así tratamiento en ginecología. En ese periodo también presenta gastritis y recibe tratamiento. La atención de ambos padecimientos, es en el Hospital Juárez de México. En el 2004 acude a revisión ginecológica y seguimiento en el tratamiento de gastritis y es canalizada a psiquiatría. En el área mencionan que es canalizada por estar nerviosa y es diagnosticada con depresión. Recibe tratamiento para tal padecimiento (reportado así en el expediente: Lexotan de 3 mgs. 0-01-1, Fluoxac de 20 mgs. 1-0-0). Posteriormente menciona que la atiende otro médico y que le cambian los medicamentos. El diagnóstico es modificado a ansiedad generalizada (reportado así en el expediente: alprazolama 2 mgs 0-01-0 sin ambragaponti, Alzam, tab. de 0.25 mg. 0-01-1) Meses después, reporta que vuelven a cambiarle el medicamento (reportado así en el expediente: 75 mgs. Tofranil). En el 2006, durante la hospitalización de su hija acude a seguimiento.

(reportado así en el expediente: debido a cirugía de su hija presenta angustia, tfaí 10.20 mgs 0-01 aumenta a tññl -1-1-0.25 mgs).

Historia familiar

En cuanto al ambiente familiar continuamente fue maltratada físicamente por sus padres, especialmente por su padre alcohólico. Recuerda que a los tres-cuatro años su padre la tocaba "tocaba mi cuerpo, me metía los dedos" (sic. paciente). Posteriormente a los cinco, seis años, los amigos de su padre, quien borracho los metía a su casa la tocaban "tocaban sólo mi cuerpo" (sic. paciente). La paciente refiere sentir miedo, recuerda que tenía miedo de que le hicieran daño. A los diez años recuerda tener miedo de que la fueran a violar. Se sentía sola ya que sus padres no le hacían caso cuando lo contaba y no tenía a quién contarle: "tenía miedo a los amigos de mi papá" (sic. paciente), reporta que nadie le hacía caso y entonces se empezó a esconder y a encerrar para evitar que la tocaran "lo evitaba cuando podía" (sic. paciente). Por otro lado, su mamá la insultaba, a los 13 años le gritaba que no saliera a ningún lado diciendo que provocaba a los hombres desde chiquita. A esto, la paciente refiere "quedé traumada" (sic. paciente). Vivía el maltrato de ambos padres, su madre constantemente mencionaba los errores que cometía o la incapacidad de Marcela para realizar algunas cosas, como cocinar. La paciente cuidaba a sus hermanos, ella sentía que su madre los prefería pues recuerda que a ella la ignoraba. Marcela era responsable de su hermano pequeño, a quien cuidaba durante el día. Recuerda que durante su infancia, al observar que su padre golpea a su madre le grita a su papá "ojala te murieras" (sic. paciente). Años después muere su padre y su madre culpa a Marcela de su muerte. A los 18 años menciona que es demasiado el rencor que siente hacia su hermana pues su madre la prefiere. Refiere que debido a eso ella intenta suicidarse, toma aspirinas y desenfriol. No continúa con la ingesta de pastillas "por miedo a quedar mal y no poderme mover" (sic. paciente). Se desmaya y la encuentra su madre. Posteriormente, refiere que se sentía sola y pensaba "si Dios me dejó vivir, voy a vivir y me arrepiento" (sic. paciente), entonces sale de su casa y va a vivir con sus padrinos hasta que un año

después su padrino intenta violarla, ella le pide que no lo haga. Lo evita (menciona que pasa por debajo de sus brazos y sale corriendo) y regresa a casa de su madre a contarle lo sucedido y ésta no lo cree. Meses más tarde conoce a su pareja actual con quién se va a vivir en unión libre. Menciona que no sabe por qué, que piensa que tal vez se quería salir de su casa y por eso no lo conoció bien. A los 20 años se casa con él (meses después de vivir con él) y unos meses después inician los problemas con su esposo (discusiones, peleas, gritos), peleaban constantemente. Posteriormente deciden tener hijos. Actualmente vive con su esposo y su hija de tres años. Vive en una casa que cuenta con todos los servicios, cerca de la casa de su madre.

V. Examen mental.

La paciente se muestra cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Viste adecuadamente, acostumbra tener hábitos adecuados de higiene y aseo. Se encuentra conciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Alerta a los estímulos que se le presentan. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración. No presentan alteraciones en la memoria. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente. El tono y velocidad son adecuadas. No presenta alteraciones de pensamiento. Adecuada capacidad de juicio y sin alteraciones sensoriales. Presenta sentido de realidad y habilidades de introspección. Al parecer adecuadas capacidades intelectuales. En cuanto al estado de ánimo se presenta alegre a las sesiones y se observa adecuación de las respuestas emocionales al contexto en que se encuentra. No presenta alteraciones motoras. Se encuentra inquieta, se observa movimientos continuos en manos y tensión muscular, menciona sentirse nerviosa e intranquila.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial.

<p style="text-align: center;">E Antecedentes 2</p>	<p style="text-align: center;">O Organismo 4</p>
<p>Externos</p> <p>¿Con quién le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hija • Esposo • Hermana • Mamá • Vecinas <p>¿En dónde le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa • Calle • Casa de su mamá <p>¿Cuándo le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la gente se ríe de algo y ella no sabe de qué se ríen. • Cuando hablan de algo y ella desco-noce de qué hablan. • Cuando alguien hace referencia a algo que ella no puede hacer. <p>Tema: Situaciones donde desconoce el tema de conversación o la causa de risas. Cuando hacen referencia a incapacidades que tiene o errores que comete.</p>	<p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsable • Disciplinada • Auto observación (aunque centrada en aspectos negativos). • Independiente • Habilidades para dibujar. • Realizar limpieza de la casa. • Disfruta pasar tiempo con su hija. <p>Deficiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales • Solución de problemas <p>Valores y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos se ríen de mí. • No puedo confiar en los otros. • No puedo hacer nada. • No le importo a nadie.

<p style="text-align: center;">R</p> <p style="text-align: center;">Respuesta</p> <p style="text-align: center;">1</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Consecuencia</p> <p style="text-align: center;">3</p>
<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud (mueve las manos continuamente). • Gritar • Pegar a su hija • Evitar estar con su hija <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ríen de mí. • Soy una tonta. • Se burlan de mí. • Mi esposo no me apoya, deja que me humillen. • No le tengo paciencia a mi hija. • No entiendo a mi hija. • Mi mamá no me ayuda, no me quiere. • Se aprovechan de mí. • Mi esposo no me quiere. • Mi mamá me pegaba y ahora yo le pego a mi hija. 	<p>Inmediatas</p> <p>Internas y externas individuales</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión (dura). • Dolor de estómago • Irritabilidad (grito, me molesto por cualquier cosa). • Llanto <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puedo • Se ríen • Soy mala para todo <p>Externas otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su esposo le dice que no se controla, que ella provoca las cosas. • Su hija llora y no obedece, le pega.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial
(continuación)

<p style="text-align: center;">E Antecedentes 2</p>	<p style="text-align: center;">O Organismo 4</p>
<p>Internos</p> <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • Calor en la cara • Enrojecimiento de la cara <p>Cognitivo</p> <p>Presenta pensamientos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se burlan de mí. • No me hace caso mi hija. • No puedo hacer nada. <p>Historia del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su madre hacía referencia de sus incapacidades desde pequeña. • Se burlaban sus compañeros de la escuela cuando tartamudeaba o se equivocaba. • Su esposo habla constante-mente de lo que no puede hacer. <p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presenta al estar casada e iniciar las dificultades con su esposo. • Se presenta con mayor intensidad al nacer su hija y estar al cuidado de ella. 	<p>Deficiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales • Solución de problemas <p>Valores y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos se ríen de mí. • No puedo confiar en los otros. • No puedo hacer nada. • No le importo a nadie.

<p style="text-align: center;">R Respuesta 1</p>	<p style="text-align: center;">C Consecuencia 3</p>
<p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza. • Taquicardia (me late el corazón más rápido y fuerte). • Aumento en la temperatura corporal (cabeza caliente y cara roja). • Respiración agitada (respiro rápido). • Tensión muscular (se me pone el cuerpo duro, me siento dura). • Gastritis (dolor y ardor de estómago). 	<p>Mediatas</p> <p>Internas y externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Gastritis <p>Externas, otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas con otros: peleas, gritos • Favorece otras discusiones.

VII. Padecimiento actual.

La paciente reporta sentirse mal “traumada por todo lo que me ha pasado, nerviosa y con problemas con mi hija porque le pego y me desespera. Quiero aprender a tratar a mi hija para no pegarle ni que me desespere, y a no estar tan nerviosa” (sic. paciente). Esto se caracteriza a nivel motor por presentar movimiento continuo de las manos (inquietud), gritar, pegar a su hija y en ocasiones evitar estar con ella. A nivel cognitivo se observa la presencia de pensamientos tales como soy una tonta, se ríen de mí, se burlan, mi esposo no me apoya, deja que me humillen, no le tengo paciencia a mi hija, no la entiendo. Mi mamá no me ayuda, no me quiere, se aprovechan de mí, mi esposo no me quiere. Mi mamá me pegaba y ahora yo le pego a mi hija. En cuanto al área fisiológica se caracteriza por presentar dolor de cabeza, gastritis, tensión muscular y respiración agitada. Lo anterior se hace altamente probable cuando interactúa con las personas cercanas a ella como lo son su esposo, hija, madre y hermana. Puede presentarse cuando se encuentra en su casa, la casa de su madre y en la calle. Se observa que generalmente se presenta cuando alguien hace referencia a incapacidades o errores que comete, cuando la gente habla y ella desconoce el tema, o éstas se ríen y ella no sabe por qué lo hacen. Por otro lado, se observan reacciones fisiológicas que anteceden a las respuestas descritas como: tensión muscular, enrojecimiento y calor en la cara. Presenta también pensamientos antecedentes (se burlan de mí mi hija no me hace caso, no puedo hacer nada).

Se identifican aspectos relacionados con el problema en los antecedentes de desarrollo en las diferentes áreas: la burla que sus compañeros de escuela hacían hacia ella cuando tartamudeaba o se equivocaba, la referencia que su madre hacía de sus incapacidades cuando era pequeña y la constante referencia que su esposo realiza acerca de lo que no puede hacer.

La paciente menciona que lo anteriormente descrito inicia al casarse, a partir de las dificultades que tenía con su esposo, presentándose con mayor intensidad al tener que cuidar a su hija. Como consecuencia a estas respuestas se siente tensa, llora con facilidad y le duele el estómago, ante lo cual su esposo reacciona de

forma indiferente o agresiva mencionando que ella provoca lo que le sucede, por otro lado, su hija llora o no la obedece. Se observa que favorece la aparición de otras discusiones. Las consecuencias anteriores le ha ocasionado padecer dolor de cabeza frecuentemente y gastritis. La paciente también menciona que lo anterior se presenta con mayor intensidad ante dificultades que se le presentan como lo fue la hospitalización de su hija.

Se observan capacidades de auto observación, aunque centrada en lo negativo, ocasionando la aparición de pensamientos con características catastróficas y de abstracción selectiva. Se identifican creencias tales como no puedo confiar en los otros, todos se rien de mí, no le importo a nadie y no puedo hacer nada, que quizá la conducen a reaccionar como lo hace. Estas se relacionan con los antecedentes que se observan en la paciente en el área familiar, relación con los padres y maltrato por parte de ellos, abusos sexuales, antecedentes en el área escolar, fracasos escolares, relación con sus compañeros, déficit en relaciones sociales y actuales padecimientos médicos. Identificando así estrategias de afrontamiento que la conducen a responder de esta forma.

VIII. Evaluación multiaxial, DSM-IV-TR.

Eje I. Trastornos clínicos: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

- A. Presenta ansiedad y preocupaciones excesivas acerca de la salud, relaciones con otros y eventos que suceden.
- B. Le resulta difícil controlar el estado de preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a los síntomas de inquietud, irritabilidad y tensión muscular por más de seis meses.
- D. Presenta quejas a múltiples síntomas clínicos.
- E. La ansiedad provoca malestar significativo en el área social, familiar y laboral.
- F. Las alteraciones no se deben a efectos fisiológicos de sustancias o enfermedad médica.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Z03.2 [V71.09]. Ninguno.

Eje III. Enfermedades médicas: gastritis.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abuso físico por parte de los padres, sexual, conflicto con su hermana y pareja.
- Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado. No tiene amigos.
- Problemas laborales: dificultades para vender la ropa, deudas, desempleo.
- Problemas de vivienda: conflicto con los vecinos.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 60, síntomas moderados, dificultades en diversas áreas.

IX. Estrategia terapéutica.

- Se inició la intervención con el objetivo de controlar y disminuir la ansiedad a través de la técnica de relajación profunda y respiración diafragmática para favorecer así la incompatibilidad de respuesta de ansiedad.
- Se realizó la identificación de pensamientos automáticos a través de la identificación mediante registros de pensamientos, conducta y emoción.
- Se realiza debate de pensamiento con relación a las cogniciones que presenta acerca de sus capacidades, habilidades y auto imagen.
- Actualmente se identifican creencias que favorecen la respuesta de ansiedad y así posteriormente realizar reestructuración cognitiva y trabajar con aquellos aspectos relacionados con su historia de desarrollo (las causas y origen del trastorno).
- Posteriormente se realizará el entrenamiento en relajación progresiva para continuar con el control y manejo de síntomas de ansiedad.
- Se integrará el entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la relación con los otros.

- Se analizarán antecedentes y consecuentes relacionados al estilo de afrontamiento que presenta actualmente (evitativo y vigilante) y favorecer respuestas adaptativas.
- Actualmente el servicio de psiquiatría ha suspendido el tratamiento farmacológico debido a que reportan una mejoría.

Caso clínico del segundo año de rotación

I. Ficha de identificación.

Nombre: Fátima
Edad: 18 años
Sexo: femenino
Estado civil: soltera
Religión: católica
Escaridad: 2do. Semestre de bachillerato.
Ocupación: hogar.
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Lugar de residencia: México, D.F.
Número de hermanos: 2/3

II. Motivo de consulta.

La paciente es referida por el servicio de psicología, donde fue tratada durante un año, debido a que presenta dificultades para evacuar. Refieren que la paciente no evacua por voluntad propia y en ese momento al parecer los médicos solicitan una respuesta inmediata de la paciente con respecto al tratamiento psicológico, ya que se encontraba en ese momento con distensión y dolor abdominal y sin presentar evacuación desde hace seis meses. La psicóloga sugiere utilizar técnicas cognitivo conductuales para el manejo de ansiedad ante la problemática. La paciente refiere: *no puedo ir al baño, no quiero porque me da miedo y me gustaría poder hacer como la gente normal. Me da miedo. (sic. paciente)*. Se inicia el apoyo psicológico en agosto del 2006.

III. Impresión y actitud general.

Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Complexión delgada, estatura media, tez morena. Se muestra cooperadora, atenta y abierta. Se presenta con interés a las sesiones.

Mantiene contacto visual en todo momento y es puntual. Se muestra inquieta, mueve las manos y los pies continuamente y se observa tensa (contracción muscular).

IV. Antecedentes.

Historia de desarrollo

Reporta que no se presentaron dificultades durante el desarrollo. Presenta control de esfínteres a los 2 años sin alteraciones posteriores.

Historia social

Menciona que actualmente presenta dificultades para relacionarse con otros, no tiene amigos. Durante la primaria le costaba trabajo establecer amistades ya que recuerda que se burlaban de ella. *Todos se alejaban de mí y no se me acercaban, me decían olorosita. Una vez me manché pues no me pude aguantar y desde ahí me empezaron a decir olorosita. Yo me sentía muy mal y como sentía que olía feo me alejaba de todos. Ahora no me gusta acercarme a la gente porque siento que huelo mal y como estoy llena se me quedan viendo (sic. paciente).*

Historia escolar

Reporta no haber tenido dificultades en la escuela. Deja de estudiar en segundo semestre de bachillerato debido a la problemática actual, ya que menciona que a partir de ese momento la distensión y dolores abdominales son más intensos, así como síntomas relacionados. Se inscribe a una escuela de computación debido a su interés por continuar estudiando. Sin embargo a pesar de asistir sólo un par de veces a la escuela resulta incómodo para la paciente después de unos meses de no evacuar.

Historia de salud

Como antecedentes familiares hereditarios: abuela paterna con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sin otras enfermedades físicas o mentales de importancia. Por otro

lado reporta no haber padecido enfermedades de importancia hasta los seis años, presentando distensión y dolor abdominal difuso. Así como estreñimiento, por lo que por recomendación médica la madre de la paciente le aplica enemas para que Fátima evacue, con respuesta positiva, por lo que desde entonces presenta estreñimiento crónico “voluntario” (debido a que refiere no querer ir al baño), atendido con enemas aplicados por la madre. Sin estudios y atención médica.

Historia familiar

Actualmente vive con sus padres y hermanos con quienes dice tener una relación distante, a excepción de su madre. Menciona que la distancia entre ellos se acentúa a partir de su problemática ya que ella se siente incómoda al hablar de esto con ellos. Prefiere alejarse para que no se den cuenta, además de que siente, igual que con sus amigos, que huele mal.

V. Examen mental.

La paciente se muestra cooperadora, interesada y atenta durante las sesiones. Viste adecuadamente, acostumbra tener hábitos adecuados de higiene y aliño. Se encuentra conciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Alerta a los estímulos que se le presentan. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración. No presenta alteraciones en la memoria. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente. El tono y velocidad son adecuadas. No presenta alteraciones de pensamiento. Adecuada capacidad de juicio y sin alteraciones sensorio-perceptuales. Presenta sentido de realidad y habilidades de introspección. Al parecer adecuadas capacidades intelectuales. En cuanto al estado de ánimo se observan alteraciones: ansiedad, tristeza, presenta llanto fácil y labilidad emocional. Sin embargo se observa adecuación de las respuestas emocionales al contexto en que se encuentra. No presenta alteraciones motoras. Se encuentra inquieta, se observaban movimientos continuos en manos, pies y tensión muscular.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial.
(continúa en páginas 93 y 94)

<p style="text-align: center;">E Antecedentes 2</p>	<p style="text-align: center;">O Organismo 4</p>
<p>Externos</p> <p>¿Con quién le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con todos, no tiene que ver con una persona. <p>¿En dónde le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa. • Calle. • Escuela. <p>¿Cuándo le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al ir al baño, estar sentada en el excusado. • Al sentir dolor en el abdomen. • Al tener ganas de ir al baño. • Al pujar y sentir cómo se abre el ano. • Cuando se habla de eso. <p>Tema: Evacuar, defecar.</p> <p>Internos</p> <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular. • Movimientos en manos y pies. • Llanto. 	<p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperadora • Adherente al tratamiento psicológico. • Habilidades intelectuales. • Habilidad en identificación de PA (pensamientos automáticos). <p>Deficiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etilos de enfrentamiento evitativo. • Distorsiones cognitivas: catastrofización, abstracción selectiva, visión de túnel. <p>Valores y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puedo controlarlo. • Hay que aguantarme para no mancharme, apretar. • Duele y provoca sangrados. • Me va a doler.

<p style="text-align: center;">R Respuesta 1</p>	<p style="text-align: center;">C Consecuencia 3</p>
<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud (mueve las manos y pies continuamente). <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No puedo hacer como los otros. • No me entienden. • Me duele. • Se abre el ano y me va a doler. • Me va a salir sangre. • Comí mucho y va a estar más gruesa y hay más. <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto. • Inflamación. • Dolor. 	<p>Internas y externas individuales</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor. <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me van a tener que limpiar. • Me va a dar hambre por no tener nada y al comer me va a pasar esto otra vez. • No voy a poder dejar de comer. • No soy normal. • No puedo hacerlo. • Es mi culpa. • No es fácil. • No me comprenden.

<p style="text-align: center;">E Antecedentes 2</p>	<p style="text-align: center;">O Organismo 4</p>
<p>Cognitivo</p> <p>Presenta pensamientos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me va a doler. • No quiero ir al baño. • Me va a salir sangre. • No voy a poder. • Ya se juntó mucho y creció. • No va a salir. • Me voy a manchar. • Voy a oler mal. • Los demás se van a dar cuenta. • No me entienden. • No es fácil. • Quiero ser normal e ir al baño como los otros. <p>Historia del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los siete años en una ocasión no controla esfínteres totalmente y se mancha. • La apodan olorosa. • Colocación de enemas ante el estreñimiento. <p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualmente presenta estreñimiento crónico “voluntario” y le realizan enemas cada tres meses aproximadamente. 	

<p style="text-align: center;">R Respuesta 1</p>	<p style="text-align: center;">C Consecuencia 3</p>
	<p>Externas otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su padre le dice que como no va a poder, que haga y ya. • Le recuerdan constantemente que tiene que ir al baño. • Su madre se preocupa y la lleva al médico. <p>Mediatas</p> <p>Internas y externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal. <p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos en manos y pies, cansancio. • Aislamiento. • Cambios en estado de ánimo.

VII. Padecimiento actual.

La paciente refiere: *no puedo ir al baño, no quiero porque me da miedo y me gustaría poder hacer como la gente normal. Me da miedo. (sic. paciente).* Esto se caracteriza a través de diferentes respuestas que Fátima presenta. A nivel motor por presentar movimiento continuo de las manos y pies (inquietud). A nivel cognitivo se observa la presencia de pensamientos tales como “no puedo hacer como los otros, no me entienden, me duele, se abre el ano y me va a doler, me va a salir sangre, comí mucho y va a estar más gruesa y hay más”. En cuanto al área fisiológica se caracteriza por presentar llanto, inflamación y dolor. Lo anterior se hace altamente probable cuando ella tiene que ir al baño a evacuar o tiene ganas de hacerlo. Al sentir dolor en el abdomen (retortijones), al iniciar la evacuación o cuando se habla de su problemática o temas relacionados. Puede presentarse cuando se encuentra en su casa, en la escuela y en la calle. Se observa que generalmente se presenta cuando alguien hace referencia a las dificultades que tiene para evacuar, la condición física en que se encuentra o se habla de algún tema relacionado con la evacuación.

Por otro lado, se observan reacciones fisiológicas que anteceden a las respuestas descritas como: tensión muscular, movimientos en manos y pies. Presenta también pensamientos antecedentes (me va a doler, no quiero ir al baño, me va a salir sangre, no voy a poder, no va a salir, voy a oler mal, etcétera). Se identifican aspectos relacionados con el problema en los antecedentes de desarrollo: a los siete años, en una ocasión no controla esfínteres y se mancha. Desde entonces la apodan olorosa. Como consecuencia al antecedente Fátima presenta estreñimiento crónico ya que no evacua voluntariamente para evitar el dolor y lo anteriormente descrito. Ante el estreñimiento crónico le recetan la colocación de enemas y desde entonces madre los coloca para que pueda evacuar. La paciente menciona que lo anteriormente descrito inicia a los siete años. Como consecuencia a estas respuestas se siente triste, con miedo, enojada e irritable en algunas ocasiones. Ante lo cual su familia la presiona para ir al baño y constantemente hacen referencia a su problemática. Las consecuencias anteriores le han ocasionado padecer estreñimiento crónico.

Se observan capacidades en cuanto a la adherencia al tratamiento psicológico, se muestra cooperadora y presenta habilidades intelectuales. También se observan habilidades en la identificación de PA aunque con características catastróficas, de abstracción selectiva y visión de túnel. Se identifican creencias tales como: no puedo controlarlo, hay que aguantarme para no mancharme, apretar, me duele evacuar y me provoca sangrados y me va a doler. Éstas se relacionan con los antecedentes que se observan en la paciente ante el evento que presenta a los siete años: no controla esfínteres, se mancha y la apodan olorosa. Identificando así estrategias de afrontamiento que la conducen a responder de esta forma.

Se realiza la valoración a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, Inventario multifásico de la personalidad (MMPI-2) y registros de conductas y pensamientos durante las sesiones.

VIII. Pruebas aplicadas.

Inventario multifásico de la personalidad (MMPI-2). ** * " 024' 75- 816/3: 9#

Se observan características de espontaneidad. Tensión interna, severa autocrítica y habilidades de enfrentamiento. Expectativas favorables en el proceso terapéutico. Sin alteraciones de personalidad, se caracteriza por ser introvertida, reflexiva hacia sí misma, conoce su problemática y las causas que la producen. Puede presentar inseguridad, sentimientos de culpa, descargas impulsivas y elevados niveles de autocrítica. También se puede mostrar pesimista hacia las propias actividades, capacidades y metas. Se observan dificultades para establecer relaciones interpersonales, inseguridad y falta de energía para realizar cualquier actividad.

IX. Evaluación multiaxial, DSM-IV-TR.

Eje I. Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del Trauma).
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Z03.2 [V71.09]. Ninguno.

Eje III. Enfermedades médicas: estreñimiento crónico, a descartar colon catártico y desnutrición.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Problemas relativos al ambiente social: No tiene amigos.
- Problemas escolares: no asiste debido a la problemática.
- Problemas de vivienda: conflicto con relaciones familiares.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 50, síntomas graves en relación a la salud.

X. Estrategia terapéutica.

- Relajación
- Adherencia terapéutica médica
- Reestructuración cognitiva
- Manejo de estímulos

*Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo
de las actividades de la residencia*

Se desarrollan diversas competencias, entre las que se identifican: detección de factores de riesgo a la salud y modificación de estilos de vida, prevención de enfermedades crónicas, manejo de la enfermedad, estrategias de afrontamiento, calidad de vida, adherencia terapéutica, manejo de ansiedad, estrés y depresión y demás aspectos relacionados con el área. Manejo conductual del paciente pediátrico, intervenciones en crisis, trabajo relacionado con la muerte. Manejo de contingencias, preparación a intervenciones médico invasivas, manejo conductual ante la separación de cuidadores primarios en pacientes pediátricos. Atención integral, actitudes de servicio, competencias relacionadas con la responsabilidad y ética del terapeuta. Habilidades de investigación y relaciones laborales.

*Evaluación de las actividades
académicas*

Las actividades académicas contribuyen a la formación del psicólogo en el hospital, desafortunadamente, excepto la supervisión académica dada por el experto en el área, resultan ser poco prácticas. Éstas no favorecen el desarrollo de competencias en el área, no ofrecen objetivos claros ni relacionados con nuestra formación. Resultan poco profesionales y una inversión de tiempo desaprovechado, por lo que deberán considerar su permanencia en el programa.

Asistencia a eventos académicos

En el servicio de pediatría además de atender consultas hospitalarias, consultas externas, intervenciones en crisis y realizar evaluaciones de casos clínicos, muestra gran interés en facilitar al residente en medicina conductual su participación en coloquios, conferencias y demás actividades que ofrezcan invitaciones de participación al servicio. Durante el periodo de la residencia recibí la invitación de

asistir al coloquio de déficit de atención e hiperactividad realizado en la Cámara de Diputados, así como participar como ponente en la Asamblea Nacional de Enfermeras del hospital con el tema: el niño, sus duelos y pérdidas, y manejo de estrés en el equipo de enfermería. Durante el servicio de hematología facilitan la participación en actividades académicas fuera y dentro del hospital, participando en el 1er. congreso de psicología hospitalaria pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría. Además de las exposiciones mensuales de medicina conductual integradas a las sesiones realizadas por los médicos y otros congresos relacionados con oncología pediátrica y manejo del niño hospitalario.

*Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo
de eventos académicos*

Preparación académica relacionada con el trabajo del psicólogo en medicina conductual. Desarrollo de habilidades sociales y de investigación. Formación en diversos temas relacionados con la residencia y el vínculo con las necesidades hospitalarias.

Evaluación

Programas del servicio de pediatría

Se encuentra desestructurado y poco claro el trabajo del psicólogo en el área, sin embargo cuenta con recursos para desarrollar competencias y habilidades para el desarrollo profesional del psicólogo en medicina conductual. Adecuado para adquirir práctica clínica y desarrollar las técnicas y enfoque de la residencia. Un servicio enriquecedor y con apoyo por parte del jefe de servicio durante el periodo de estancia. Con poco apoyo por parte de los médicos y jefatura de enfermería, exceptuando alguna emergencia en la que sí se nos toma en cuenta. Sin embargo con apoyo por parte de los residentes y enfermería, quienes resaltan la importancia que realizamos en el servicio, realizando así un equipo multidisciplinario.

Programas del servicio de hematología

El servicio se encuentra estructurado, sin embargo no se cubren las necesidades en su totalidad, debido a que se divide el tiempo en adultos y niños. Por lo que se acordó con mi compañera dividir el servicio y enriquecer así la rotación. Atendiendo, en mi caso, el área de pediatría. El servicio cuenta con el apoyo del jefe de servicio, así como de todos los integrantes del equipo que lo conforma. Existe una relación directa entre el médico adscrito y el psicólogo durante el trabajo diario con los pacientes. Una comunicación adecuada y apoyo por parte del servicio en general. Se pueden desarrollar habilidades clínicas y académicas, con poco tiempo para actividades relacionadas con investigación dadas las demandas de la población del servicio e intervenciones en crisis que continuamente deben atenderse. El equipo es multidisciplinario, integrando al residente en medicina conductual en todas las actividades, necesidades y desarrollo en general.

Sistema de supervisión

Supervisión in situ

La supervisión por parte del hospital es deficiente debido a las diferencias en la perspectiva teórica que dirige el trabajo. No proporciona habilidades ni competencias a desarrollar que estén relacionadas con el trabajo terapéutico del psicólogo en medicina conductual ni con las habilidades en el área de investigación. Poco profesional y responsable. Desinteresado en nuestras actividades y desacreditando continuamente la existencia de la residencia, el enfoque y de nuestro trabajo en los servicios. Excepto cuando integra a su servicio la productividad y las investigaciones realizadas por los residentes de la maestría.

Supervisión académica

Las actividades académicas contribuyen al crecimiento y aprendizaje del residente, así como la supervisión de casos y trabajo terapéutico realizado. Se enfatiza la

necesidad de tener un supervisor en el área que proporcione supervisión práctica en el ambiente de trabajo del residente. Supervisión durante las intervenciones, modelamiento del trabajo terapéutico y supervisión de notas clínicas. Por otro lado facilita el aprendizaje relacionado con la maestría en medicina conductual, realizando supervisión de casos, análisis de artículos y material bibliográfico importante. Además de facilitar la realización del reporte de actividades profesionales. Enriquece y compensa la supervisión in situ. La supervisión facilita la residencia en su totalidad y aporta un apoyo total en el desarrollo profesional, académico y personal.

Actividades profesionales realizadas

Se logran desarrollar habilidades y competencias que cumplen con los objetivos de la residencia en medicina conductual. La formación práctica del psicólogo en el ambiente hospitalario es el factor más importante y determinante en la residencia realizada en el hospital. Mantener un contacto directo con la población a la que nos dirigimos es importante y protagonista del trabajo práctico realizado.

Evaluación de las competencias profesionales alcanzadas

Se alcanzan competencias relacionadas con aspectos prácticos y teóricos del área de la medicina conductual, proporcionando herramientas de observación, evaluación, intervención e investigación. Habilidades en la detección y prevención de problemas relacionados con la salud fueron adquiridas así como la habilidad para utilizar técnicas cognitivo conductuales durante las intervenciones realizadas. Así como habilidades en el trabajo multidisciplinario.

Sugerencias y conclusiones

El trabajo del psicólogo en el área de la salud ha cobrado importancia y se hace presente cada vez más en el ámbito hospitalario. El trabajo práctico permite ejecutar los conocimientos y desarrollar competencias y habilidades en el origen y desarrollo de los diversos aspectos involucrados con la salud y enfermedad. Se sugiere considerar la integración de dos psicólogos en el servicio de pediatría debido a la alta demanda de atención que se observa y reportan los médicos, enfermeras y equipo de trabajo en general. Se propone integrar a la supervisión in situ a un profesional en el área de medicina conductual que permita el desarrollo de habilidades y competencias relacionadas con el enfoque cognitivo conductual. Contemplar la posibilidad de integrar otros psicólogos en las rotaciones del servicio de hematología para cubrir así las demandas del servicio y poder realizar también actividades relacionadas con la investigación, complementando así todas las habilidades que se pudieran desarrollar a través de la residencia en medicina conductual. También se sugiere integrar el curso propedéutico como parte de los requisitos a cubrir antes de iniciar la maestría, realizando un curso intensivo durante un mes antes de iniciar las rotaciones y poder así mantener la beca durante toda la maestría, ya que es un factor estresante y que considero que limita y altera nuestro desempeño dentro de la residencia. Respetar el acuerdo con el programa de CONACYT. No se observa que exista la necesidad de iniciar la rotación como lo hacen los residentes en medicina.