

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL

(Diabetes Gestacional en el INPer)

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE SUMAYA MARTÍNEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

SUPLENTE: MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
SUPLENTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMAN



MÉXICO, D. F.

JULIO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TA TESIS NO SALE
E LA BIBLIOTECA

DEDICATORIA

Dedico este Reporte de Experiencia Profesional a mi futuro bebé que junto con mi esposo José lo esperamos con mucho amor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo (recensional)

NOMBRE: Ma. Guadalupe
Sumaya Martínez.

FECHA: 05-Julio-2004

FIRMA: *Guadalupe*

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a mi madre, a mi esposo y mis hermanos Paco, Juan y Tere por su apoyo moral y económico.

A mi siempre amiga Verito por estar conmigo en todos los momentos importantes de mi vida.

A mi tutor el Maestro Leonardo Reynoso por su apoyo en la realización de este reporte.

INDICE

Conceptos de Medicina conductual.....	1
PARTE 1	
Presentación Hospital de la Mujer.....	4
Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.....	6
Identificación del Servicio de Psicología.....	9
Grupo de Entrenamiento en Relajación.....	11
Programa de Investigación: Diabetes y Ansiedad.....	17
Resultados.....	33
Discusión.....	39
Autoevaluación de las competencias desarrolladas.....	40
Conclusiones y Sugerencias.....	42
PARTE 2	
Presentación Instituto Nacional de Perinatología.....	43
Departamento de Psicología.....	47
Programa de Enfermedades Crónico Degenerativas.....	55
Objetivos de los Residentes de Medicina Conductual.....	58
Casos Clínicos Especiales.....	70
Exposiciones.....	71
Programa de Intervención Cognitivo-Conductual.....	72
Referencias.....	91
Anexo 1	93
Anexo 2	94
Anexo 3	99
Anexo 4.....	108

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

CONCEPTOS DE MEDICINA CONDUCTUAL

Existen pocos autores que definen el concepto de Medicina Conductual ya que va íntimamente relacionado con el concepto de Psicología de la Salud e incluso en algunos textos se llega a manejar como sinónimos, pero que en realidad sí existen diferencias. Podemos empezar tomando la definición que da la Sociedad Internacional de Medicina Conductual que es la siguiente:

"La Medicina Conductual es una ciencia con un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo y la integración del conocimiento científico de las ciencias biomédicas, comportamentales y psicosociales, de las correspondientes tecnologías de intervención y de la aplicación de estos conocimientos en la etiología, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades".
(Buela-Caballo, 1991)

Además propone la definición de Psicología de la Salud, en donde brevemente la define así: "La Psicología de la Salud, por otra parte, se ocupa en concreto del papel de los aspectos psicológicos dentro de todas las fases y niveles del proceso salud-enfermedad".

Pero la Medicina Conductual, como la define claramente Shapiro (1988) "es una amalgama de ciencias comportamentales y medicina, e incorpora métodos y conceptos de varias disciplinas: fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica"

Para lograr aterrizar este concepto, es necesario también entender que esta interrelación o unión de los procesos conductuales y biológicos requiere un lenguaje específico, requiere entender profundamente la relación biológica con lo comportamental, por ejemplo: el estrés, que es el resultado de la interacción del

organismo con el medio y que puede producir respuestas que involucran el sistema nervioso autónomo y el neuroendocrino y otras reacciones fisiológicas, pero además con reacciones comportamentales y emocionales, es decir, no se puede ver como una sola e independiente, sino la interrelación que existe entre ambas. Otros ejemplos se ven claramente en las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión, donde los estilos de vida, factores de riesgo y los niveles de estrés, están relacionados con el aumento de la gravedad de la enfermedad.

Es así que tenemos que la Medicina Conductual es el campo multidisciplinario interesado con los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas.

La suposición básica en la que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en el comportamiento y en estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la enfermedad.

Así, el afrontar la enfermedad requiere en muchas ocasiones del apoyo del psicólogo que oriente en la conducta a modificar, las actitudes, los aspectos emocionales y como aprender a manejar apropiadamente estos factores que están interrelacionados con los aspectos médicos de diversas enfermedades y que ha llevado al desarrollo de una forma de estudiar y tratar esos problemas llamada Medicina Conductual.

Por ejemplo, hay descubrimientos que relacionan la tensión a la que se enfrentan las mujeres después de someterse a cirugía de cáncer de mama y un empeoramiento de su condición, donde la ansiedad emocional puede hacer disminuir las defensas naturales del organismo contra la enfermedad, además de tener la incomodidad causada por el estado emocional debido a la ansiedad.

En casos como estos, el apoyo psicológico es muy importante ya que ayuda a reducir la tensión o estrés y además eliminar las ideas irracionales que posiblemente se presenten y así mejorar el estado emocional con un efecto favorable en el aspecto médico relacionado a la salud física de la persona.

Otro aspecto interesante que señala la Medicina Conductual, es el reducir la administración de medicamentos al mínimo y tener un autocontrol en lo posible de la enfermedad.

La Medicina Conductual reside en los siguientes puntos según Shapiro (1988)

- Primero, en la disponibilidad de técnicas específicas derivadas del análisis conductual, tales como la biorretroalimentación y el condicionamiento para el control directo o la mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad.
- Segundo, en su dependencia de definiciones y medidas conductuales objetivas y su uso de principios conductuales verificados empíricamente en la investigación sobre la etiología, tratamiento, rehabilitación y prevención.
- Tercero, en su aplicabilidad, al menos en principio, a todos los trastornos médicos, en lugar de limitarse únicamente a los tradicionalmente definidos como de naturaleza puramente psicofisiológica.

De lo anterior podemos derivar que es muy amplio su campo de acción y el cual queremos demostrar su importante papel dentro de una institución de salud pública en la cual inicié la rotación de la Residencia en Medicina Conductual, en mi caso en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo, durante el primer año y posteriormente en el Instituto Nacional de Perinatología durante el segundo año de la rotación.

Cabe mencionar que antes de iniciar en el Hospital de la Mujer, se realizó durante un año completo la residencia en el Centro de Salud "Santiago Ahuizotla" cuando se estaban dando las modificaciones al programa de la Maestría, período en el cual se aplicaron programas de información al personal médico sobre la Medicina Conductual, sus alcances e intervención y se llevaron a cabo programas educativos sobre la diabetes, hipertensión, consultas individuales, grupo de autoestima para mujeres y educación sexual para niños en las escuelas primarias.

PRIMER AÑO HOSPITAL DE LA MUJER

PRESENTACIÓN

La prestación de Servicios de Salud en México está organizada en tres niveles de atención que son los siguientes:

- Primer nivel de atención: es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud. En éste se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, que por lo regular no requieren de alta tecnología. Estos servicios se brindan en los Centros de Salud a población abierta y es aquí donde se resuelven aproximadamente el 80 % de los problemas de salud.
- Segundo nivel de atención: Aquí se ofrecen los servicios en clínicas de especialidades y Hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad.
- Tercer nivel de atención: Se ofrece atención a través de subespecialidades y se lleva a cabo en un unidades hospitalarias altamente especializadas como son los Institutos de Salud. Es en este nivel donde se genera la mayor cantidad de investigación científica en el campo.

El Hospital de la Mujer pertenece a un segundo nivel de atención en donde mi intervención fue específicamente en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo.

CONTEXTO DE LA SEDE

El Hospital de la Mujer se ubica en la calle Prolongación Salvador Díaz Mirón 373 Col. Santo Tomás. Delegación Miguel Hidalgo. Teléfono: 53 41 19 09.

Director: Dr. Eduardo Amezcua Neri.

Se brinda atención a población abierta, es un Hospital de Especialidad en gineco-obstetricia y cuenta con los siguientes recursos humanos:

1.- Médicos especialistas	100
2.- Médicos generales	5
3.-Enfermeras auxiliares	213
4.-Enfermeras tituladas	189
5.- Enfermeras especialistas	45
6.-Otro personal profesional no médico	135
7.- Personal técnico	202
8.- Personal administrativo	303
9.- Personal de servicios generales y mantenimiento	68
TOTAL:	1260

MEDICOS POR ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD:

ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD	TURNO MATUTINO	TURNO VESP	TURNO NOCT	SAB.DOM. Y FEST.	TOTAL
Anatomía patológ.	3	1			4
Anestología	7	3	12	4	26
Ginecobstetricia	30	3	7	4	44
Medicina interna	2		1	1	4
Pediatría	6	2	6	3	7
Epidemiología	2				2
Hematología		1			1
Intensivista	2	1	1	1	5
Cardiología	1	1			2

CLÍNICA DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

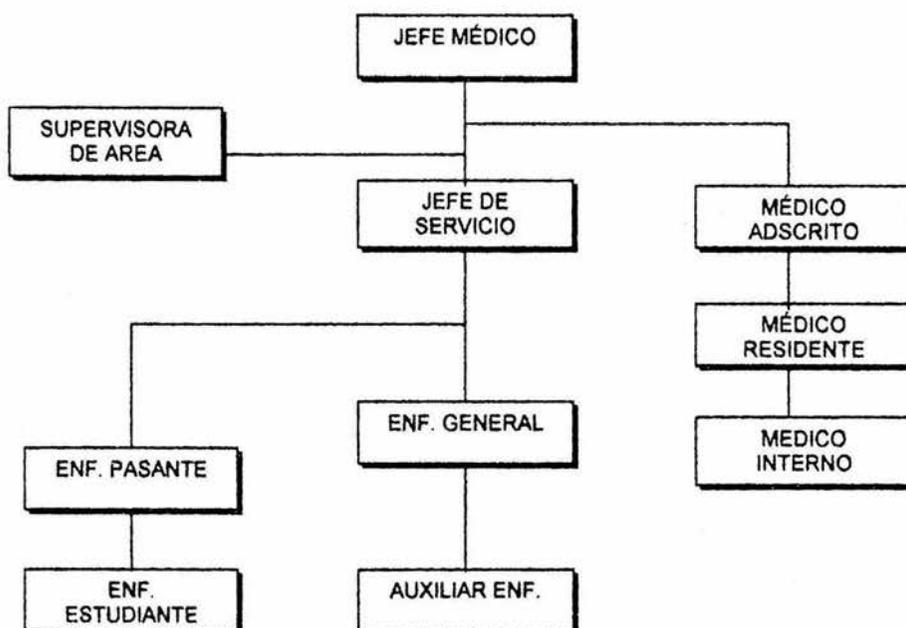
ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

El Hospital desde sus inicios procuró contar con un servicio donde se atendieran pacientes con embarazos complicados de acuerdo a su especialidad en Gineco-Obstetricia. En el año de 1979 se le da el nombre de Clínica de Embarazo de Alto Riesgo y Toxemias

En 1983 se modifica el nombre del Servicio por: Clínica de Medicina Perinatal de Alto Riesgo, por considerarse más completo, de acuerdo a la atención integral y específica que se brinda a la paciente que cursa con un embarazo de Alto Riesgo.

Actualmente el Servicio se encuentra ubicado en el tercer piso, contando con hospitalización, registro cardiotocográfico de monitoreo, donde también se realizan estudios de amniocentesis.

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO



OBJETIVOS DEL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

Proporcionar atención específica a pacientes gestantes de alto riesgo que pongan en peligro su vida y/o la del producto, contribuyendo a la disminución de la morbi y mortalidad materno-fetal en colaboración con todo el equipo de salud.

AREA FISICA:

El servicio cuenta con cubículo de Trabajo Social, sala de Registro y Amniocentesis, donde existen camas no censables y con el material abastecido por el servicio. Existe ruta de evacuación al exterior por medio de escaleras y elevador

En el área de Hospitalización hay siete salas de las cuales una es reservada para pacientes con enfermedades infecto- contagiosas y otra para pacientes diabéticas.

Hay baño y regaderas exclusivas para pacientes, al poniente se encuentra el cuarto séptico, más adelante Control de Enfermería con un sanitario personal.

Al lado del Control de Enfermería, se asigna un cuarto de curaciones, donde se preparan medicamentos, se realizan curaciones, exploraciones, colocación de DIU, administración de medicamentos vaginales y preparación de pacientes para cirugía.

Finalizando al pasillo principal del Servicio está el cuarto de almacén de material, equipo y ropería, que también se utiliza como oficina del Jefe de Servicio de Enfermería y papelería.

Cabe mencionar que no existía un lugar reservado para el área de psicología, así que de acuerdo a mis actividades tenía que buscar un lugar disponible para realizarlas y atender a las pacientes de manera privada, en ocasiones siendo incomodo porque existían interrupciones de parte del personal del hospital o se tenía que interrumpir la actividad.

UBICACIÓN:

El Servicio de Embarazo de Alto Riesgo se encuentra en el tercer piso del Hospital, en el ala Poniente del mismo. Sus vías de acceso son escaleras y elevador.

Al oriente del Servicio se encuentra: Puerperio complicado, del lado izquierdo oriente la cocina, y al lado las escaleras.

Al norte: colinda con la oficina de trabajo social, el elevador y la oficina de enseñanza de enfermería.

Al sur: se encuentra el aula de sesiones clínicas de enfermería y el departamento de fisiología.

RECURSOS HUMANOS DEL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

- Médico Adscrito
- Médico Residente
- Médicos Internos
- Enfermera Jefe de Servicio
- Enfermera General
- Enfermera Auxiliar
- Trabajo Social
- Dietista
- Técnico de Laboratorio
- Intendencia
- Camilleros

ESTADÍSTICAS:

PROMEDIO DE OCUPACIÓN	80%
PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES	25
PROMEDIO DE ESTANCIA:	
> PUERPERAS	3 días
> EMBARAZADAS	4 días
MORTALIDAD	0 en un año

MORBILIDAD:

- Diabetes gestacional
- Inserción baja de placenta
- Amenaza de parto prematuro
- Pre-eclampsia

IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

El servicio de Psicología no aparece formalmente dentro de la estructura del Hospital de la Mujer, sólo toma forma a través del departamento de Enseñanza en donde se cuenta con el programa operativo del servicio de Psicología que persigue los siguientes objetivos:

- 1.- Coadyuvar en el desarrollo de programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónico degenerativas a nivel individual.
- 2.- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes generados por su problema orgánico.

- 3.- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- 4.- Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
- 5.- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.

ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ACADÉMICAS DIARIAS DE LA RESIDENCIA

Con base en el programa académico, se realizaron las siguientes actividades en los horarios acordados con las autoridades del Hospital de la Mujer:

- Visita a salas
- Elaboración de Historias Clínicas
- Consulta Externa (diaria)
- Elaboración de notas clínicas
- Interconsultas
- Procedimientos de diagnóstico y terapéuticos en base a la modalidad de intervención cognitivo-conductual
- Discusión de diagnósticos con el tutor y supervisor in situ
- Revisión de casos clínicos
- Sesiones bibliográficas

Además se detectaron los puntos más importantes a trabajar en el Hospital con los pacientes, que fueron:

- Control de estrés
- Adherencia terapéutica
- Control del dolor
- Trastornos afectivos (depresión y ansiedad)
- Habilidades sociales
- Redes de apoyo
- Afrontamiento a la enfermedad

- Asertividad
- Educación al personal de enfermería

Estos puntos se trabajaron a través de terapia breve con técnicas cognitivo-conductuales y atención en crisis a las pacientes remitidas por el médico, enfermeras o por detección propia durante la visita diaria en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo y a través del servicio de Consulta Externa del mismo Hospital de la Mujer.

Además se trabajó a nivel grupal con la formación de un grupo de relajación en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo que a continuación se presenta.

GRUPO DE ENTRENAMIENTO EN RELAJACION PARA PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

INTRODUCCIÓN:

En el servicio de Embarazo de Alto Riesgo se observó que las pacientes presentaban niveles altos de ansiedad por su condición y es importante recordar que el embarazo por sí mismo crea ansiedad debido a los cambios fisiológicos y emocionales, desde el deseo de gestar un hijo sano, el percibirse como madre y el nuevo rol social iniciado con el embarazo, hasta percibir los cambios propios como los movimientos fetales, el crecimiento intrauterino y el miedo inminente al parto. La preocupación dominante en las embarazadas y especialmente en las primíparas, suele ser precisamente el final del embarazo.

Un factor que incrementa la ansiedad durante el embarazo es precisamente presentar problemas de salud que provoquen un embarazo de alto riesgo, como los siguientes que son los más frecuente en el servicio: la Diabetes Gestacional, Diabetes Mellitus tipo II, Hiperemesis Gravídica, Placenta Previa, Malformaciones Congénitas, Amenaza de Aborto, etc.

Una de las técnicas que más utilicé en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo, para intervenir en problemas psicológicos, fue la relajación en sus diversas maneras de aplicación (Jacobson, pasiva, autógena, imaginería) además de emplear otras técnicas como la solución de problemas, confrontación de ideas irracionales, brindar información educacional y consejo psicológico principalmente.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES:

Conductas de ansiedad y estrés en la embarazada

En múltiples investigaciones se ha encontrado que la presencia de ansiedad produce sobre el organismo modificaciones neuroendocrinas e inmunológicas que pueden desencadenar perturbaciones inicialmente funcionales y posteriormente lesionales. Eso explicaría de manera psiconeuroinmunológica la presencia de complicaciones en la madre y el niño, cuando la gestante durante su embarazo presenta altos niveles de ansiedad, que es el estado emocional característico del estrés.

Para Salvatierra (1989), las alteraciones de la conducta a partir de situaciones estresógenas pueden influir secundariamente sobre la salud somática. Por ejemplo, las conductas defensivas o compensatorias dirigidas a disminuir la ansiedad como beber, comer en exceso, abusar de drogas o medicamentos, o las de inhibición-abandono que pueden llevar a incumplimiento de prescripciones y regulaciones médicas.

Lazarus y Folkman (1986) encontraron que hay diferencias en la reacción y percepción de las personas ante una misma situación o acontecimiento. Esas diferencias individuales las explicaron en función de una serie de variables intermedias, tales como, sus experiencias anteriores, su capacidad de afrontamiento y el apoyo social con que cuenta. Ellos mismos introdujeron el concepto de evaluación cognitiva para mostrar la importancia decisiva de algo más que la simple percepción de un estímulo, esto es, la cognición automática, intuitiva

y no razonada del mismo como una amenaza. Aquí juegan un papel preponderante las variables intermedias, porque de ellas depende la percepción o significación, positiva o negativa, que el sujeto hace de la situación o acontecimiento.

Estos autores conceden un papel fundamental, en el origen del estrés, a la capacidad individual para manejar las situaciones amenazadoras y a la evaluación que el propio sujeto hace de esa capacidad, en un momento dado.

El concepto de estrés que se manejó en los primeros estudios (fisiológicos) correspondía a un modelo lineal de estímulo-respuesta, como relación de causa-efecto. Mientras que ahora el concepto implica un modelo circular, en el que el estrés consiste en un procesamiento defectuoso de las interacciones sujeto-ambiente. La definición de Lazarus y Folkman plantea que se trata de una relación entre la persona y el ambiente, apreciada por éste como amenazante y desbordante de sus recursos (capacidad de enfrentamiento y afrontamiento), y que además pone en peligro su bienestar.

En la gestación el acontecimiento estresante más importante es el embarazo mismo ya que tiene dos características: la inminencia y la ambigüedad, independientemente si es el primero o el último. La gestación aparece de improviso y anuncia la llegada de nuevos acontecimientos que se suceden a lo largo de la misma, hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo pero cuyo curso y resultado se desconoce y es impredecible.

Para Salvatierra (op cit.) la gestación aparece con señales inquietantes, de forma insidiosa y conlleva pequeñas exigencias y molestias (náuseas, vértigo, cambio de apetito, etc). El mismo aumento de peso y deformación corporal puede generar estrés. Además la necesidad de acudir al médico o al servicio de salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados pueden incrementar la tensión crónica, sobre todo para aquella que tiene otros factores asociados como el trabajo u otros compromisos exigentes.

Todo lo anterior y las exigencias sociales le dan al acontecimiento del embarazo (aunado si es de alto riesgo), la capacidad de transformarse en un desafío y en una amenaza. La gestación implica una sucesión de tareas y

objetivos psicosociales y socioculturales. Se trata de tareas difíciles y comprometedoras cada vez más exigentes, que se suman simultáneamente a importantes descargas físicas, a una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el hijo. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo.

El embarazo normal exige el cumplimiento de unos objetivos físicos y psicosociales. Los físicos o biológicos son el nacimiento de un niño sano sin desmejoramiento físico de la madre, los objetivos psicosociales serían que la mujer se proyecte como madre. El énfasis se puede poner en el aspecto personal, psicológico o en aspecto social. Se puede admitir, entonces, que el objetivo general es mantener y alcanzar una salud o bienestar biopsicosocial óptimo.

La mujer embarazada puede experimentar en el primer trimestre la aceptación de su propio embarazo y por el impacto emocional de esto es imposible evitar que ella se sienta tensa y ansiosa, aun cuando desee tener su hijo. Es posible que experimente miedos, preocupaciones como tener un niño anormal, ansiedad por el cambio en su estilo de vida, temor a los dolores del parto, a la posibilidad de perder al bebé, etc. Generalmente presenta una especial demanda de protección, afecto y ternura y un mayor deseo de ser el centro de atención de la pareja y demás miembros de la familia.

Segundo trimestre: el feto empieza a dar señales de vida a través de movimientos activos, hay más evidencia de la realidad del bebé y de la necesidad de prepararse para el futuro.

Tercer Trimestre: la mujer debe prepararse para el parto, asegurando el pasaje del niño al mundo exterior, sin peligro para ninguno de los dos. Es un tiempo de fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del hijo con rasgos físicos y psíquicos, que lo singularizan como "otro" distinto de la madre.

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, se hace evidente la necesidad de centrar la intervención del psicólogo fundamentalmente en los aspectos psicosociales, en un equipo multidisciplinario, donde el psicólogo debe

hacer una intervención individual, inmediata, para disminuir síntomas de ansiedad severa.

Por todo lo anterior, se consideró necesario organizar el grupo de entrenamiento en relajación para las pacientes embarazadas, cuyo objetivo principal fué el siguiente:

OBJETIVO: Entrenar a pacientes en la técnica de relajación (Jacobson, pasiva, autógena imaginaria) para disminuir estados de ansiedad y de esta manera coadyuvar a mantener un mejor estado emocional durante su estancia en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo y durante su embarazo.

DIAGNÓSTICO:

Las pacientes son detectadas con ansiedad por el servicio Psicología a través de la observación directa, de la demanda del paciente y de las sugerencias del personal de salud: enfermeras y/o médicos residentes.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

Las sesiones fueron de lunes a viernes durante tres semanas en el mes de julio con una duración de 30 minutos aproximadamente, divididos en tres grupos: las embarazadas con complicaciones, embarazadas con diabetes y puérperas. Se les asignó tareas diarias durante su estancia en el hospital (2 a 4 días) como el hacer los ejercicios en algún otro momento del día en que se sintieran tensas. Se contó con el apoyo de enfermería organizando los grupos en un sala específica para realizar los ejercicios (sala de aislados), facilitaron una pequeña grabadora y cooperaron en respetar el tiempo asignado para el trabajo con las pacientes sin interrupciones de ningún tipo.

RESULTADOS:

Las técnicas de relajación se aplicaron en tres grupos de cinco pacientes en promedio durante tres semanas, la mayoría fueron de primera vez y las

subsecuentes fueron las diabéticas que por lo regular permanecieron mas días en el Servicio.

El efecto se evaluó con la observación directa, por los comentarios de las mismas pacientes y por lo observado y reportado por las enfermeras.

Cabe señalar que en los tres grupos hubo diferencias, ya que debido a sus características en ocasiones se aplicaron diferentes técnicas a cada grupo.

Las embarazadas con complicaciones en ocasiones debían estar en reposo absoluto y por esta razón no podían hacer la relajación muscular de Jacobson de tensión-distensión y se aplicaba una pasiva o de imaginaria y reportaban sentirse tranquilas, relajadas y menos ansiosas por su estado de salud.

En cambio las diabéticas por lo regular se aplicaba la de tensión distensión y se obtenían muy buenos resultados al disminuir su nivel de ansiedad ante el piquete de la prueba de glucosa que les hacían después del ejercicio de relajación.

Las pacientes puérperas presentaban dificultad para llevar a cabo la técnica de relajación ya que a la mayoría les habían hecho cesárea y la herida quirúrgica tan reciente no les permitía tener una posición cómoda o debido a las molestias físicas les era difícil concentrarse en el ejercicio.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN:

No se tuvo la oportunidad de aplicar una evaluación inicial y final del programa de intervención, ya que se requería un grupo estable durante al menos una semana, pero debido a la movilidad de las pacientes no se logró evaluar de esta manera.

La evaluación de la intervención se realizó a través de entrevistas directas con las pacientes sobre su condición emocional en la participación de las técnicas de relajación, reportando ellas mismas mejorías en la disminución de niveles de estrés y ansiedad, sintiéndose relajadas y tranquilas.

También se tomó en cuenta los comentarios de las enfermeras y médicos residentes con respecto a las pacientes que participaron y que ellos observaron más tranquilas y relajadas.

A nivel individual las intervenciones con las pacientes se evaluaron con los reportes subjetivos de ellas mismas y de la observación directa.

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN: DIABETES Y ANSIEDAD

En este primer año también se realizó una investigación con fines de diagnóstico y posterior intervención, con las pacientes diabéticas gestantes en cual tuvo como objetivo conocer la relación que existe entre los niveles de ansiedad, las semanas de gestación y edad cronológica en pacientes con diabetes gestacional hospitalizadas, a través de la aplicación del instrumento que mide ansiedad (Beck).

En esta investigación se aplicó el Modelo de Regresión Múltiple para el análisis estadístico de los datos obtenidos, posteriormente se interpretaron y se llevó a cabo la discusión de los mismos.

INTRODUCCIÓN:

A menudo el término de ansiedad lo ocupa la mayoría de la gente como un indicativo de cualquier preocupación o problema pasajero y de esta manera la ansiedad es un problema que pareciera ser parte de nuestras vidas, de un estilo de vida donde el estar a la expectativa es una conducta permanente, e inclusive hay tanta gente que padece ansiedad que les parece hasta "normal" ser ansioso.

A esta situación de estar ansioso o sentirse ansiosos, se puede ver acrecentada en una de las etapas del ser humano y específicamente en la mujer, es decir, el embarazo, donde se reactivan miedos por la salud del bebé, el parto, mitos, etc. y si además lo vemos más específicamente en una situación de embarazo de alto riesgo con la presencia de diabetes gestacional, se hace más evidente el incremento de la ansiedad por los riesgos que implica tanto para la madre como para el producto.

Para conocer los niveles de ansiedad que presenta una persona, se han creado instrumentos (IDARE) y otros se han estandarizado en población mexicana (Ansiedad de Beck).

JUSTIFICACION:

Una de las complicaciones más frecuentes y que lleva a tener un embarazo de alto riesgo es la diabetes gestacional la cual implica riesgos para el producto y la madre muy severos si no son atendidas a tiempo. Además de que se requiere una atención integral y multidisciplinaria para el tratamiento, principalmente: el médico (gineco-obstetra), dietista y psicología.

En el Hospital de la Mujer de la SSA, se ha observado que la incidencia de las mujeres con diabetes gestacional es considerable y según reportes del servicio de Embarazo de Alto Riesgo, el número de pacientes hospitalizadas por mes debido a descontrol en los niveles de glucosa de estas pacientes, es el siguiente:

PACIENTES HOSPITALIZADAS DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DE
1999

MES	NUM. DE PACIENTES
ENERO	23
FEBRERO	18
MARZO	17
ABRIL	16
MAYO	27
JUNIO	18
JULIO	15
AGOSTO	17
SEPTIEMBRE	17
OCTUBRE	15
NOVIEMBRE	20
DICIEMBRE	15
TOTAL	218

Nota: Hay que tomar en consideración que el número de días que permanecieron hospitalizadas en promedio es de 5 días y un máximo de 15.

Por otra parte, es importante conocer qué es la diabetes gestacional, la cual es una variedad de la diabetes que aparece en la mujer embarazada y que desaparece después del parto siempre y cuando se lleve un buen control.

La identificación de la diabetes gestacional es importante porque:

1. La mujer con diabetes gestacional tiene un riesgo elevado de desarrollar diabetes definitiva en un lapso de 5 a 10 años después del embarazo.
2. El bebé tiene un riesgo mayor de morir si existe un descontrol de la diabetes durante la gestación, así como de presentar malformaciones e hipoglucemia severa en las primeras horas o días que siguen al nacimiento.
3. Por lo antes mencionado, su embarazo es de alto riesgo lo que genera en la mayoría de las mujeres un estado de ansiedad que afecta su estado emocional y físico.

El momento de dar el diagnóstico de diabetes gestacional a la paciente es muy importante porque puede generar ansiedad desde la forma en que recibió esta noticia y afectar a lo largo de su tratamiento. En el caso de requerir hospitalización, frecuentemente se ha observado en ellas, estados de sobresalto, intranquilidad, insomnio, alteraciones en los niveles de glucosa, no se adhieren al tratamiento y hasta pedir su alta voluntaria.

Es así, que el aplicar un instrumento de medición de ansiedad específicamente para las pacientes con diabetes gestacional, nos permitirá tener un diagnóstico psicológico de los niveles de ansiedad que presentan y en como se correlacionan con la edad gestacional o estancia hospitalaria y así poder realizar un programa de intervención específico al diagnóstico de la población y dar un

tratamiento adecuado para ansiedad generada en esta situación. Además se puede intervenir para lograr su adherencia terapéutica con la aceptación del diagnóstico y llevando a cabo su tratamiento médico.

Es por eso que el papel del residente es muy importante en esta área, desde la investigación, intervención y evaluación de nuestro trabajo en las sedes de la residencia en Medicina Conductual.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

ANSIEDAD

Para definir el constructo de ansiedad, se revisó el concepto de Wolpe (Caballo V. 1991) el cual menciona que la ansiedad es un patrón de la actividad del sistema nervioso simpático que tiene lugar cuando una persona cree que está expuesta a amenazas o daños. La actividad del componente simpático del sistema nervioso autónomo es la que está asociada con una activación emocional elevada. Los cambios corporales asociados con el aumento de la activación autónoma consisten en la elevación de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, un aumento de la circulación sanguínea en los grandes grupos de músculos voluntarios junto con una disminución de la circulación sanguínea en el estómago, la dilatación de las pupilas y sequedad de la boca. Se considera que estos fenómenos definen los rasgos de la respuesta de ansiedad.

Wolpe postuló que la respuesta de ansiedad puede ser condicionada clásicamente a estímulos que pasan desapercibidos en el entorno vital de individuo. Por ejemplo, un niño que anteriormente no tenía miedo de ir a la escuela, podría desarrollar miedo hacia la escuela a causa del trato hostil de un determinado profesor a lo largo de un corto período. Incluso aunque el niño hubiese tenido relaciones positivas con otros profesores, el elevado nivel de ansiedad provocado por el profesor hostil lleva a un temor condicionado hacia la escuela por medio del proceso de generalización. Incluso pueden llegar a darse sentimientos de malestar con el solo pensamiento de ir a la escuela. La evitación de la escuela se convierte ahora en la estrategia más conveniente para modificar la experiencia de esta ansiedad condicionada.

Esto es parecido a lo que yo planteo alrededor de la ansiedad de las pacientes embarazadas con diabetes gestacional, ya que la respuesta ante el estímulo del piquete para la toma de sangre y conocer su nivel de glucosa, provoca ansiedad que influye en sus resultados elevando estos niveles de glucosa concentrados en la sangre.

Continuemos con la definición de Ansiedad, "ante un peligro, amenaza, real o imaginario, se moviliza un alto grado de tensión que estimula la capacidad de respuesta de la persona. A partir de cierto momento, si este grado de tensión se vuelve excesivo, es capaz de hacer ineficaz la respuesta, la persona se paraliza, y por tanto, empeora la situación. Lo que debería ser una forma de adaptación a una situación, se convierte en una forma de desadaptación y desequilibrio. (www.psime.com.ar/ansiedad.html)

El objetivo original de la ansiedad es la adaptación al medio. En cuanto ese fin deja de serlo, la ansiedad se convierte en patológica y presenta los siguientes síntomas:

- Inquietud excesiva, nerviosismo sin causa aparente.
- Sentimiento de incapacidad, tanto profesional como afectiva.
- Agobio, temor, sin causas específicas, por el futuro.
- Dificultad para dormir, pesadillas.
- Irritabilidad y llanto sin causa aparente.
- Sentimiento difuso de temor ante los diversos aspectos de la vida cotidiana.
- Palpitaciones o taquicardias frecuentes, sin justificaciones físicas.
- Dolores difusos por todo el cuerpo, cansancio excesivo.
- Dolores de cabeza agudos.
- Anorexia o bulimia.

Según Goldman (1996) la ansiedad es un estado emocional displacentero y cuyas fuentes son menos fáciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos, que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento y se definen y clasifican según el DSM-IV.

Otro concepto es el siguiente:

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos

cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (internos y externos) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones (Tobal 1990)

Veamos otra definición:

Se puede definir la ansiedad como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro áreas de la persona: cognitiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica. (www.cipaj.org/doment61.htm)

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir, por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes.

La ansiedad como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección ante posibles peligros. Por ejemplo la ansiedad ante un animal peligroso evitaría acercarnos a él y protegemos.

Los cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o estado de ansiedad, tales como el aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, la elevación del tono muscular, el aumento del ritmo de la respiración, la disminución de la función digestiva y sexual, etc., sirven para llevar a cabo con más posibilidades de éxito una reacción de huida o ataque ante aquello que

suponemos una amenaza. Un ruido inesperado, pasos en una calle solitaria, etc. pueden producir de forma inmediata una reacción de ansiedad que prepara a las personas para la acción. Estamos ante niveles adecuados y sanos de ansiedad.

Existe otro tipo de ansiedad, la patológica. Estos mecanismos son patológicos cuando se presentan ante estímulos y/o situaciones mínimas y que no son en si peligrosos, con una intensidad o duración exageradas.

Las respuestas inadecuadas de ansiedad aparecen en un individuo:

En su forma de pensar: caracterizada fundamentalmente por la preocupación, la inseguridad, el miedo o temor, la aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, sensación de desorganización y pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad.

En aspectos fisiológicos o corporales: Ejemplo: taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, rubor facial, náuseas, vómitos, diarreas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatigabilidad excesiva, etc.

En su forma de actuar: que suele implicar comportamientos inadecuados (movimientos repetitivos o torpes, movimientos sin una finalidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones, etc.)

La ansiedad es un problema cuando:

- Es de intensidad, frecuencia y duración alta.
- No es proporcional con la gravedad objetiva de la situación.
- El grado de sufrimiento subjetivo es alto.
- El grado de interferencia en la vida cotidiana es alto.
- Alerta permanente del organismo. Afecta al sistema inmunológico. Se favorece la hipertensión arterial.
- Hay conductas inadecuadas de afrontamiento como comer en exceso, fumar, automedicarse, beber, etc. que alivian tensión momentánea pero contribuyen a mantener el problema a largo plazo.

ANSIEDAD CRÓNICA:

La ansiedad y las enfermedades tienen una relación en sentido bidireccional. La ansiedad se cronifica si la persona no tiene estrategias de afrontamiento de la situación de estrés.

Síntomas físicos: tensión motora, hiperactividad vegetativa, hipervigilancia.

Síntomas conductuales: evitación

Alteraciones cognitivas: incapacidad subjetiva, temor a las críticas, atribución errónea a los síntomas físicos de ansiedad.

MARCO TEORICO:

ANSIEDAD, EMBARAZO Y DIABETES GESTACIONAL

A través de determinados estudios se constata un grado importante de afectación emocional durante el embarazo (aproximadamente en un 80%) presentan nerviosismo, susceptibilidad, tensión, pérdida del control más fácilmente, incremento de exigencias, y junto con estos síntomas de ansiedad se encuentran otros de depresión.

El mayor incremento de ansiedad está relacionado con antecedentes negativos (malos embarazos anteriores, abortos, etc.) con embarazos no deseados o no planeados y cuando son embarazos de alto riesgo como el que presentan las pacientes con diabetes gestacional y se observa un aumento significativo de tensión emocional en cada trimestre.

La etapa prenatal es significativa en el desarrollo de la ansiedad en el ser humano. Durante esta etapa, la madre puede desarrollar grandes expectativas, temores, ideas que se conjugan en una dinámica compleja.

Cuando la mujer se encuentra en un estado de gravidez, juegan un papel importante los factores externos e internos que experimenta, esto influye de cierta manera en la vida del neonato.

Dice Nadelson (1973) que el embarazo es una época de tensión que requiere de cierta adaptación en varias clases.

Según el mismo autor, el embarazo involucra una situación de tensión y requiere una adaptación, que permita el crecimiento y la maduración, es decir, constituyen una fuente de mucha tensión para la mujer, que debe encarar el reto del embarazo y también la consecuente experiencia de la maternidad por primera vez.

Blanco (1985) indicó que todos los embarazos probablemente sin excepción se acompañan de conflictos emocionales, muchas pacientes aunque planeen o no su embarazo, presentan sentimiento de culpa y vergüenza, especialmente entre las solteras embarazadas o aquellas mujeres cuyo embarazo es producto de una situación traumática.

Stanley y col. (1979) en sus investigaciones sobre ansiedad maternal concluyeron que la ansiedad prenatal no es un concepto unitario, sino que es un conjunto de variadas preocupaciones y temores que tienen las mujeres embarazadas sobre ellas mismas, sobre el hijo no nacido, sobre el futuro rol de madre que tendrán que ejercer.

Ligth y col. (1974) por su lado señalaron que aunque el grado de ansiedad varía dependiendo de la característica emocional y el significado del embarazo, todas las pacientes experimentan ansiedad en algún momento del embarazo.

Ellos en sus estudios demostraron que la preocupación sobre la salud del bebé y su normalidad era la de mayor rango entre variables que incluían entre otras condiciones del nacimiento, atractivo físico de la gestante, la reacción del esposo al embarazo y el aspecto financiero.

El embarazo es uno de los acontecimientos de mayor trascendencia que la mujer llega a experimentar en su vida, esto puede ser representado en ella como un período de crisis, en el desarrollo psicológico en que intervienen una serie de variables concomitantes tanto fisiológica como dinámicas que se vinculan a nivel previo de madurez emocional, sentido de feminidad, presencia de conflictos no resueltos, entre otros. Nuckolls (1972)

Existen tres enfoques básicos para abordar la ansiedad en las mujeres embarazadas: el modelo médico, sociológico y psicológico.

El modelo médico resalta como principal postulado que los cambios hormonales del embarazo son los que tienden a causar síntomas incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalándolos como principal causante de dificultades obstétricas.

El modelo sociológico considera al embarazo como una crisis en la relajación del matrimonio, principalmente como un estrés significativo entre la pareja.

El modelo psicológico parte de elementos de la forma en que ellas reaccionan al estrés de la reproducción: los miedos, mitos, somatizaciones, creencias, etc.

En conclusión, la ansiedad en el embarazo resulta un evento que involucra una serie de cambios, desde lo biológico, social y psicológico que acarrea cambios emocionales que generan ansiedad.

Langer (1994) menciona que durante el embarazo, la mujer diabética (gestacional) puede tener conductas más ansiosas y depresivas que la no diabética, porque los riesgos que envuelven el embarazo pueden incrementar los sentimientos de impotencia que se dan a partir del ser diagnosticadas como diabéticas.

Estos sentimientos pueden ser producidos intensamente durante la experiencia de ser diagnosticadas y durante el acercamiento al tratamiento.

Todo esto nos lleva a la conclusión de que se requiere una atención integral y multidisciplinaria para el tratamiento, principalmente: el médico (gineco-obstetra), dietista y psicología, en donde intervenimos elaborando investigación y tratamiento, en este caso específico para manejo de la ansiedad en estas mujeres con diabetes gestacional.

TEORIA DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO

El desarrollo del inventario de ansiedad de Spielberger "IDARE" (1975), es un instrumento de los más utilizados, en donde este autor conceptualiza la ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad situacional o estado) y como una disposición personal que aparece relativamente estable en el tiempo (ansiedad rasgo).

En esta teoría, Spielberger provee un esquema conceptual de referencia para clasificar las principales variables que deberían considerarse en la investigación de la ansiedad y sugiere las posibles interrelaciones entre estas variables. La teoría está especialmente interesada en aclarar las propiedades de ansiedad-estado y ansiedad rasgo como constructos psicológicos, especificando las características de las condiciones de los estímulos estresantes, los cuales evocan diferentes niveles de ansiedad-estado en personas que difieren en ansiedad-rasgo. Reconoce también la importancia de la apreciación cognitiva en la evocación de los estados de ansiedad, así como la importancia de los procesos cognitivos que sirven para eliminar o reducir tales estados de ansiedad.

La teoría asume que la respuesta de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia temporal de los eventos iniciados por uno u otro estímulo, interno o externo, que son percibidos como amenazantes o peligrosos por el individuo.

También menciona las situaciones o condiciones en las cuales las personas son evaluadas como probables a percibir mayor amenaza por sus altos niveles de ansiedad-rasgo individuales, así como la apreciación de una situación o estímulo particular como amenazantes es influida por las aptitudes personales, las habilidades y la experiencia pasada, así como por su nivel de ansiedad-rasgo y el peligro objetivo inherente a la situación.

Los principales supuestos de la Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado pueden ser resumidos de la siguiente manera:

1. En situaciones que son apreciadas como amenazantes por un individuo, una reacción de ansiedad-estado debería ser evocada a través de mecanismos de

retroalimentación sensoriales y cognitivos, los altos niveles de ansiedad estado se experimentarán como displacenteros.

2. La intensidad de una reacción de ansiedad-estado deberá ser proporcional al montante de amenaza que posee la situación para el individuo.
3. La duración de una reacción de ansiedad-estado dependerá de la persistencia de la interpretación individual de la situación como amenazante.
4. Un alto nivel de ansiedad-rasgo individual será percibida por situaciones o circunstancias que impliquen debilitamiento o peligro hacia sí mismo con mayor amenaza que en los casos de personas que tienen un bajo nivel de ansiedad-rasgo.
5. Las elevaciones en la ansiedad-estado tienen estímulos y manejan propiedades que pueden ser expresadas directamente en la conducta o pueden servir a las defensas psicológicas iniciales que han propiciado efectivamente la reducción de ansiedad-estado en el pasado.

ANSIEDAD RASGO

La definición de ansiedad rasgo así como la de ansiedad estado son muy importantes porque se complementan y se vivencian en el sujeto, el rasgo (características individuales) con la situación específica que genera ansiedad (ansiedad estado).

Se tomará la siguiente definición de ansiedad rasgo:

La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado. (IDARE, Spielberger, 1975)

ANSIEDAD ESTADO

La ansiedad estado, se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado porque se trata de un fenómeno en el "aquí y ahora". El carácter ansioso refleja una tendencia habitual a la ansiedad ante una serie de estímulos y situaciones. Una persona con un acusado carácter ansioso, no puede sentir ansiedad situacional en un instante determinado, pero muestra una tendencia mayor a ello que una persona de bajo nivel de ansiedad. (Ress.en Cafizales M. 1994)

La definición de ansiedad estado que se tomará será la siguiente:

La ansiedad-estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. (IDARE, Spielberger, 1975)

Esta ansiedad rasgo-estado se presenta en las pacientes embarazadas con diabetes gestacional desde el momento de ser diagnosticadas y al estar hospitalizadas.

Considero que desde el momento en que se le diagnóstica se genera esta ansiedad, pudiera influir la forma en que se le da a conocer, el lugar, la explicación o no que se le da a la paciente, (ansiedad estado) aunado a cómo lo esta percibiendo la misma paciente acorde a su personalidad o características individuales (ansiedad rasgo)

Durante los días que requieren hospitalización influye el ambiente que las rodea, la rutina de las tomas de muestra de sangre en la yema de los dedos les genera ansiedad, el saber las horas específicas de estos estudios, el estar al tanto de su dieta, y lo más ansioso es el momento de saber el nivel de glucosa que tienen después del piquete.

METODOLOGÍA

Este instrumento, Inventario de ansiedad de Beck, se aplicó en pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional, que permanecen hospitalizadas en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todas las pacientes diabéticas gestacionales durante la hospitalización, en cualquier semana de gestación, cualquier edad, escolaridad, religión y nivel socioeconómico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Los niveles de ansiedad se incrementan al avanzar las semanas de gestación en las mujeres con diabetes gestacional?
- ¿Los niveles de ansiedad se incrementan conforme la edad cronológica de las mujeres con diabetes gestacional?

HIPOTESIS

- Hi. Los niveles de ansiedad se incrementan al avanzar las semanas de gestación en las mujeres con diabetes gestacional.
- Ho. Los niveles de ansiedad no se incrementan al avanzar las semanas de gestación en las mujeres con diabetes gestacional.

- Hi. Los niveles de ansiedad se incrementan conforme la edad cronológica de las mujeres con diabetes gestacional.
- Ho. Los niveles de ansiedad no se incrementan conforme la edad cronológica de las mujeres con diabetes gestacional.

VARIABLES:

Definiciones conceptuales

Variable Dependiente: Ansiedad

Se puede definir la ansiedad como un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo, cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y en personas como respuesta a estímulos internos y externos. (Spielberger C. 1975)

Variable Independiente: Edad gestacional (semanas de gestación)

Tiempo de gestación o de embarazo definido a partir de la ultrasonografía o por la fecha de la última menstruación de la paciente.

Variable independiente: Edad cronológica

Período entre la fecha de nacimiento a la fecha del último cumpleaños de la paciente.

SUJETOS:

La investigación se realizó en 33 pacientes con diabetes gestacional del servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer de la SSA, las cuales se encontraban hospitalizadas por un descontrol metabólico de la diabetes gestacional. El rango de semanas de gestación fue de las 7 semanas a las 39. El rango de edad cronológica fue de 18 a 42 años.

MUESTREO:

La técnica fue no probabilística

INSTRUMENTO:

Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck validado por Rubén Varela y Enedina Villegas de la Facultad de Psicología de la UNAM en 1996, y que su estudio comprueba que puede ser utilizado en una población específica como la de las mujeres embarazadas. (Ver anexo 1)

RESULTADOS:

Para el análisis de datos se presenta el número de casos y las variables con las que se trabajó, así como sus medias y la sumatoria de las desviaciones estándar, posteriormente el análisis de los datos en donde se utilizó el Modelo de Regresión Múltiple y finalmente una representación gráfica de los datos. El modelo fue elegido debido a que se utilizaron dos predictores.

En la Tabla 1 se puede observar el listado de los valores de la variable de pendiente (Ansiedad) y las independiente o predictores (Semanas de Gestación y Edad), así como sus desviaciones y el número de casos (33). Posteriormente el valor de las medias de Ansiedad, Semanas de Gestación (SDG) y Edad (E), son 32.33, 28.78 y 28.93 respectivamente.

TABLA 1

Ansiedad	SDG	Edad	Desvx	Desvy	Desvxy	Desvx2	Casos
40.000	30.000	27.000	7.667	1.212	9.292	58.783	1
32.000	31.000	35.000	-3.333	2.212	-7.37	.111	2
26.000	29.000	26.000	-6.333	.212	-1.343	40.107	3
28.000	10.000	28.000	-4.333	-18.788	81.408	18.775	4
39.000	36.000	40.000	6.667	7.212	48.082	44.449	5
23.000	37.000	38.000	-9.333	8.212	-76.643	87.105	6
36.000	37.000	26.000	3.667	8.212	30.113	13.447	7
29.000	27.000	21.000	-3.333	-1.788	5.959	11.109	8
38.000	7.000	21.000	5.667	-21.788	-123.473	32.115	9
31.000	32.000	30.000	-1.333	3.212	-4.282	1.777	10
42.000	34.000	30.000	9.667	5.212	50.384	93.451	11
24.000	35.000	30.000	-8.333	6.212	-51.765	69.439	12
53.000	30.000	26.000	20.667	1.212	25.048	427.125	13
27.000	39.000	18.000	-5.333	10.212	-54.461	28.441	14
27.000	26.000	38.000	-5.333	-2.788	14.868	28.441	15
26.000	13.000	42.000	-6.333	-15.788	99.985	40.107	16
26.000	13.000	24.000	-6.333	-15.788	99.985	40.107	17
34.000	9.000	30.000	1.667	-19.788	-32.987	2.779	18
23.000	28.000	26.000	-9.333	-.788	7.354	87.105	19
40.000	32.000	42.000	7.667	3.212	24.626	58.783	20
30.000	36.000	36.000	-2.333	7.212	-16.826	5.443	21
21.000	7.000	28.000	-11.333	-21.788	246.923	128.437	22
36.000	33.000	33.000	3.667	4.212	15.445	13.447	23
48.000	34.000	36.000	15.667	5.212	81.656	245.455	24
47.000	37.000	23.000	14.667	8.212	120.445	215.121	25
24.000	34.000	23.000	-8.333	5.212	-43.432	69.439	26
23.000	29.000	24.000	-9.333	.212	-1.979	87.105	27
27.000	33.000	22.000	-5.333	4.212	-22.463	28.441	28
45.000	33.000	32.000	12.667	4.212	53.353	160.453	29
27.000	35.000	23.000	-5.333	6.212	-33.129	28.441	30
36.000	35.000	19.000	3.667	6.212	22.779	13.447	31
27.000	34.000	38.000	-5.333	5.212	-27.796	28.441	32
32.000	35.000	20.000	-.333	6.212	-2.069	.111	33

TOTAL OBSERVATIONS: 33

	ANSIEDAD	SDG	EDAD
N OF CASES	33	33	33
MEAN	32.333	28.788	28.939
	DESVXY	DESVX2	
N OF CASES	33	33	
SUM	544.333	2207.333	

En las tablas 2, 3 y 4 se muestra el análisis que se llevó a cabo, en donde se encontró lo siguiente: A pesar de que el Modelo Avanzado (MA) [Tabla 2], reduce 5.1% de error se puede observar redundancia de valores en Tolerancia ($b_1=1.00$, $b_2=1.00$), además de no encontrar valor estadísticamente significativo ($F=.808$, $p > .05=.455$) y un error estándar de 7.65.

Por otro lado el modelo compacto (MC), con la variable Edad, [Tabla 3] reduce solo el .6% de error, por lo que se considera que este no es un buen predictor de la ansiedad, además de no presentar un valor estadísticamente significativo, ($F=.197$, $p > .05=.660$).

Finalmente se decidió trabajar con el MC de la Tabla 4, ya que una vez analizados los datos de este modelo, se encontró que la presencia de un solo predictor reduce el 4.5% de error, en comparación con el MA que con dos predictores reduce el 5.1%. Sin embargo es importante señalar que en el modelo elegido, tampoco se encontró un valor estadísticamente significativo ($F=1.473$, $p > .05=.234$), por lo cual se rechaza la hipótesis alterna, lo cual significa que los predictores Edad y SDG no son generadores de ansiedad en mujeres embarazadas con diabetes gestacional.

TABLA 2 (MA)/Ansiedad=SDG+Edad

DEP VAR:ANSIEDAD N: 33 MULTIPLE R: 0.226 SQUARED MULTIPLE R: 0.051						
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R: .000 STANDARD ERROR OF ESTIMATE: 8.356						
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	24.447	7.657	0.000	.	3.193	0.003
SDG	0.183	0.154	0.212	1.000	1.190	0.243
EDAD	0.091	0.213	0.076	1.000	0.426	0.673
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	112.805	2	56.403	0.808	0.455	
RESIDUAL	2094.528	30	69.818			

TABLA 3 (MC)/Ansiedad=Edad

DEP VAR:ANSIEDAD N: 33 MULTIPLE R: 0.079 SQUARED MULTIPLE R: 0.006						
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R: .000 STANDARD ERROR OF ESTIMATE: 8.412						
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	29.584	6.366	0.000	.	4.647	0.000
EDAD	0.095	0.214	0.079	1.000	0.444	0.660
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	13.933	1	13.933	0.197	0.660	
RESIDUAL	2193.400	31	70.755			

TABLA 4 (MC)/Ansiedad=SDG

DEP VAR:ANSIEDAD N: 33 MULTIPLE R: 0.213 SQUARED MULTIPLE R: 0.045						
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R: .015 STANDARD ERROR OF ESTIMATE: 8.245						
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	27.038	4.593	0.000	.	5.887	0.000
SDG	0.184	0.152	0.213	1.000	1.214	0.234
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	100.117	1	100.117	1.473	0.234	
RESIDUAL	2107.216	31	67.975			

Posteriormente en la Tabla 5 y en el listado, se logra apreciar que en el análisis de residuos del MC [Ansiedad=SDG], se encontró un valor outlier (Student=2.778), siendo este el caso 13, lo que nos indica que este dato esta fuera de lugar, en comparación con los demás, es decir que no correlaciona.

TABLA 5

DEP VAR:ANSIEDAD N: 33 MULTIPLE R: 0.213 SQUARED MULTIPLE R: 0.045						
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R: .015 STANDARD ERROR OF ESTIMATE: 8.245						
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	27.038	4.593	0.000	.	5.887	0.000
SDG	0.184	0.152	0.213	1.000	1.214	0.234
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	100.117	1	100.117	1.473	0.234	
RESIDUAL	2107.216	31	67.975			
WARNING: CASE 13 IS AN OUTLIER (STUDENTIZED RESIDUAL = 2.778)						
DURBIN-WATSON D STATISTIC 2.523						
FIRST ORDER AUTOCORRELATION -.275						

ESTIMATE	RESIDUAL	LEVERAGE	COOK	STUDENT	SEPRD
32.556	7.444	.031	.013	.915	1.447
32.740	-.740	.032	.000	-.090	1.474
32.372	-6.372	.030	.010	-.780	1.436
28.878	-.878	.150	.001	-.114	3.189
33.660	5.340	.048	.011	.658	1.804
33.844	-10.844	.053	.051	-1.371	1.900
33.844	2.156	.053	.002	.265	1.900
32.004	-3.004	.031	.002	-.365	1.461
28.326	9.674	.191	.200	1.320	3.600
32.924	-1.924	.034	.001	-.234	1.516
33.292	8.708	.039	.024	1.081	1.638
33.476	-9.476	.043	.031	-1.183	1.716
32.556	20.444	.031	.101	2.778	1.447
34.212	-7.212	.066	.029	-.902	2.111
31.821	-4.821	.033	.006	-.588	1.496
29.430	-3.430	.115	.013	-.436	2.790
29.430	-3.430	.115	.013	-.436	2.790
28.694	5.306	.163	.048	.697	3.325
32.188	-9.188	.031	.020	-1.137	1.440
32.924	7.076	.034	.013	.870	1.516
33.660	-3.660	.048	.005	-.449	1.804
28.326	-7.326	.191	.115	-.987	3.600
33.108	2.892	.036	.002	.352	1.571
33.292	14.708	.039	.068	1.895	1.638
33.844	13.156	.053	.075	1.688	1.900
33.292	-9.292	.039	.027	-1.156	1.638
32.372	-9.372	.030	.021	-1.161	1.436
33.108	-6.108	.036	.011	-.749	1.571
33.108	11.892	.036	.041	1.499	1.571
33.476	-6.476	.043	.015	-.798	1.716
33.476	2.524	.043	.002	.308	1.716
33.292	-6.292	.039	.012	-.774	1.638
33.476	-1.476	.043	.001	-.180	1.716

Al realizar un nuevo análisis sin el valor que se encontró en outlier, se puede observar que el modelo ahora reduce un 5.1% de error en comparación con el modelo de la tabla 4 ($R^2=4.5\%$), sin embargo tampoco fue estadísticamente significativo ($F=1.627$, $p>.05=.212$). Ver tabla 6.

TABLA 6

1 CASES DELETED DUE TO MISSING DATA.						
DEP VAR:ANSIEDAD	N:	32	MULTIPLE R:	0.227	SQUARED MULTIPLE R:	0.051
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R:		.020	STANDARD ERROR OF ESTIMATE:			7.474
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	26.648	4.166	0.000	.	6.396	0.000
SDG	0.175	0.137	0.227	1.000	1.275	0.212
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	90.886	1	90.886	1.627	0.212	
RESIDUAL	1675.989	30	55.866			

Finalmente se realizó un nuevo análisis utilizando únicamente a las pacientes que se encontraban en el último trimestre de gestación, con el propósito de encontrar algún valor significativo. Sin embargo en este análisis, también se pudo observar que tanto las Semanas de Gestación ($F=.322$, $p>.05=.576$), como la Edad ($F=.434$, $p>.05=.653$) no son predictores de la ansiedad, ya que no se encontraron valores estadísticamente significativos. Ver Tablas 7 y 8.

TABLA 7

DEP VAR:ANSIEDAD	N:	27	MULTIPLE R:	0.113	SQUARED MULTIPLE R:	0.013
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R:		.000	STANDARD ERROR OF ESTIMATE:			8.727
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	23.486	17.054	0.000	.	1.377	0.181
SDG	0.292	0.514	0.113	1.000	0.567	0.576
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	24.500	1	24.500	0.322	0.576	
RESIDUAL	1904.167	25	76.167			

TABLA 8

DEP VAR:ANSIEDAD	N:	27	MULTIPLE R:	0.187	SQUARED MULTIPLE R:	0.035
ADJUSTED SQUARED MULTIPLE R:		.000	STANDARD ERROR OF ESTIMATE:			8.806
VARIABLE	COEFFICIENT	STD ERROR	STD COEF	TOLERANCE	T	P(2 TAIL)
CONSTANT	17.599	18.943	0.000	.	0.929	0.362
SDG	0.309	0.519	0.120	0.998	0.596	0.557
EDAD	0.183	0.246	0.149	0.998	0.744	0.464
ANALYSIS OF VARIANCE						
SOURCE	SUM-OF-SQUARES	DF	MEAN-SQUARE	F-RATIO	P	
REGRESSION	67.372	2	33.686	0.434	0.653	
	RESIDUAL		1861.295	24	77.554	

En las gráficas tanto de regresión como de residuos se puede observar que los datos están muy dispersos, ya que no se distribuyen en forma lineal, en la gráfica de residuos se puede observar que no hay una tendencia de crecimiento de los residuales en función del crecimiento de los valores estimados, por lo se corrobora que los predictores no son estadísticamente significativos, hacia la

variable dependiente. Además de que en estas representaciones se logra apreciar el caso outlier (caso 13). Ver gráficas.

DISCUSIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que las semanas de gestación en mujeres diabéticas, no es un predictor de la ansiedad, es decir, el hecho de que se acerque el momento del parto no incrementa la ansiedad a pesar de que el riesgo de que presenten complicaciones, este tipo de pacientes, sea mayor. Lo que nos hace pensar que los estados de ansiedad que llegan a presentar estas pacientes se deben a otros factores, como los siguientes: la condición de la mujer dentro de la familia, esto es, desde su estado civil, si es madre soltera o divorciada, hasta el número de hijos y las circunstancias en que estos se encuentran cuando la paciente es hospitalizada lo cual puede influir en su estado emocional más que los predictores propuestos, además de tomar en cuenta los procedimientos médicos que pueden generar estados de ansiedad, así como la predisposición al diagnóstico y el tratamiento.

También podemos pensar que el factor económico genere estados ansiosos incluso depresivos, ya que propicia una situación incierta tanto para la paciente como para la familia.

Otro aspecto importante puede ser el número de partos a los que se ha sometido la paciente, quizá el hecho de ser el primer embarazo genere más ansiedad que en las pacientes con un mayor número de embarazos y partos, así como el procedimiento de cada uno de ellos.

Un punto más al que se le puede atribuir, es a la ansiedad rasgo, es decir, a las características individuales de la paciente en cuanto a sus estados ansiosos.

En cuanto a la edad, se puede observar una ligera presencia de ansiedad en las pacientes más jóvenes, en comparación con las mujeres mayores, sin embargo ésta no llega a ser significativa.

Finalmente, la no presencia de ansiedad pudiera deberse a que las pacientes no están totalmente informadas de los riesgos que se corren, cuando durante el embarazo existe la presencia de una enfermedad como la diabetes, por la cual la falta de información es considerada como otro factor importante.

PLAN DE INTERVENCIÓN:

Se deja este estudio como antecedente para realizar futuros programas de intervención con los factores que influyen para generar ansiedad en nuestra población de pacientes con diabetes gestacional.

Con respecto a la atención psicológica se desarrollaron estrategias de intervención que ayudaron a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema de salud, en este caso por la diabetes gestacional, se ofrecieron alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas, además de favorecer en las pacientes la adherencia terapéutica médica.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE:

Se contó con el apoyo del supervisor académico el Maestro Leonardo Reynoso en la elaboración de los programas antes descritos y en el manejo de casos clínicos.

AUTOEVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DESARROLLADAS

Se logró seleccionar y adaptar técnicas de intervención, específicamente de relajación para las pacientes del Hospital de la Mujer, siendo la demanda general observada por las pacientes, además de integrar los conocimientos teóricos con la práctica diaria hospitalaria. Por otra parte, se logró integrar y darle importancia al servicio de Psicología en el campo médico, específicamente en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital de la Mujer, ya que anteriormente este servicio no era tomado muy en cuenta.

También se logró aplicar los conocimientos estadísticos y de investigación adecuadamente, además de continuar aplicando las técnicas cognitivo-conductuales en nuestra práctica diaria, adaptándolas a las demandas del servicio donde me encontraba que era en Embarazo de Alto Riesgo.

Todo lo anterior se puede resumir de la siguiente manera y que fueron las competencias adquiridas.

- Se logró evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo - conductual.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Considero que se realizaron las actividades clínicas adecuadamente adaptándolas a las necesidades del servicio y dándole fuerza al servicio de Psicología dentro del hospital. Los objetivos se cumplieron satisfactoriamente durante el año de la residencia en el Hospital, adaptándonos a las necesidades del Hospital y con los pocos recursos con que se cuenta para brindar adecuadamente la atención, ya que cabe mencionar que no existe un lugar privado para atender a las pacientes en piso y en ocasiones existían interrupciones de los médicos y enfermeras con lo cual dificultaba el cumplimiento de nuestros objetivos, además de que la brevedad de su estancia de las pacientes en el hospital nos demandaba una atención breve, de objetivos limitados o de programas de intervención de pocas sesiones, que en ocasiones era difícil darles un seguimiento.

Se considera que se tuvo una adecuada ejecución de las habilidades que debe contar el psicólogo en el área de la Medicina Conductual, aunque se requiere mayor eficacia en la evaluación de los programas de intervención desempeñados en el área de la salud.

SEGUNDO AÑO INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

PRESENTACIÓN

El segundo año de la residencia se realizó en Instituto Nacional de Perinatología, el cual se ubica en un tercer nivel de atención a la salud cuyos objetivos abarcan desde la asistencia a través de subspecialidades altamente especializadas así como también generador de la mayor cantidad de investigación científica en el campo.

El trabajo desarrollado durante la residencia en el Instituto comprendió áreas de asistencia, enseñanza e investigación las cuales se describen brevemente en este reporte, además al final se anexa un apartado de críticas y sugerencias con respecto a la actividades desarrolladas en el Instituto.

CONTEXTO DEL SERVICIO

ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El antecedente más antiguo del Instituto se remonta al año de 1921, durante el periodo presidencial del general Alvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la maternidad "Casa del Periodista". Ocho años después, el 4 de mayo de 1929, durante el ejercicio del señor Presidente Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937, el señor Presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia. Durante la gestión del señor Presidente Luis Echeverría Álvarez, en 1976, se expropia el predio ocupado por la hasta entonces conocida como "Maternidad Isidro Espinoza de los Reyes", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para formar parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.). Por considerar que esta institución y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían objetivos y programas comunes, se fusionan, por decreto presidencial del 10 de Enero de

1977, con lo que se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología (INPer), inaugurado el 8 de diciembre de 1977, bajo la Dirección del Dr. Eduardo Jurado García, pasa a formar parte de esa dependencia.

Durante la administración del señor Presidente Miguel de la Madrid Hurtado y ya bajo la Dirección del Dr. Samuel Karchmer, se dispone que se desligue del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de Perinatología y con fecha 19 de abril de 1983, se da a conocer en el Diario Oficial, que con base en la Fracción del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en el artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se procede a la descentralización del Instituto en un decreto, que es abrogado el 2 de agosto de 1988, emitiéndose uno nuevo, vigente hasta el momento.

PROPÓSITOS Y OBJETIVOS DEL INSTITUTO

Para el cumplimiento de sus objetivos el INPER cuenta con tres ámbitos de acción, en los cuales se llevan a cabo sus funciones: asistencia médica, investigación y enseñanza, enmarcadas por el apoyo administrativo, jurídico, organizacional y de control interno.

Las características del personal que labora en el INPER, lo hacen un grupo multi e interdisciplinario que confluye en sus acciones para alcanzar la excelencia propia de una Institución de tercer nivel.

El objetivo esencial de la asistencia es alcanzar servicios de alta calidad en la resolución óptima de problemas de riesgo materno y perinatal, y de la reproducción humana.

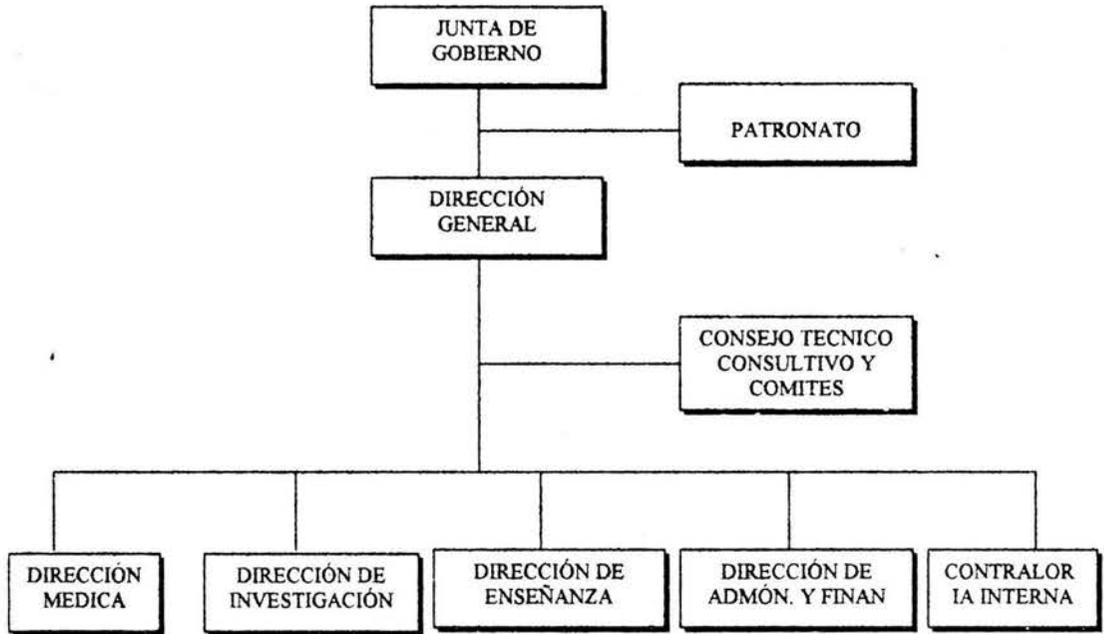
La estrategia seguida para la atención de pacientes incluye criterios selectivos para definir a la población usuaria de los servicios que ofrece el Instituto. El concepto de riesgo biológico, psicológico y económico-social fundamenta la norma para la cuidadosa selección, la que se extiende a la mujer y

a la pareja, aún antes del embarazo, hasta el climaterio con el propósito de eliminar o disminuir el daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso reproductivo.

A partir de ese procedimiento selectivo, la estratificación de la población por problemas presentes a la admisión, o en riesgo de presentarlos, permite la utilización racional de los servicios especializados y de apoyo con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos con la consecuente satisfacción, tanto para quienes participan en la resolución del problema como para la paciente y su pareja al sentirse inmersos en un ambiente de confianza al contar con estudios completos, integrales y personalizados.

Desde su descentralización, el INPer ha trabajado arduamente y se ha colocado a la vanguardia en el campo de la Salud Perinatal, tanto en el terreno asistencial y de Investigación, como en el de formación de recursos humanos. El Dr. Samuel Karschmer dirigió en INPer hasta 1993; posteriormente, la dirección ha estado a cargo de los doctores Velv Shor Pinsker (1993 - 1994), Francisco Tenorio González (1994 - 1995) y José Roberto Ahued Ahued, de 1995 hasta la fecha. (febrero 2001)

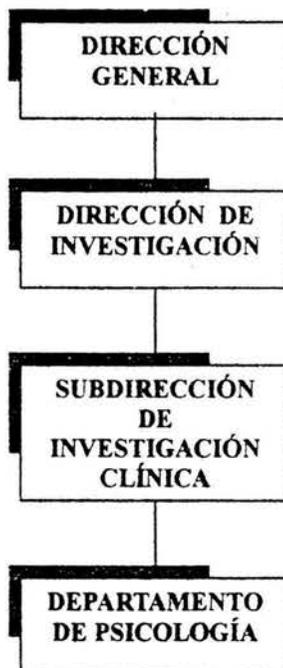
ORGANIGRAMA GENERAL:



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

El departamento de Psicología depende de la Subdirección de Investigación Clínica que a su vez pertenece a la Dirección de Investigación.

ORGANIGRAMA



UBICACIÓN:

El área física en la que se ubica, es en el primer piso de la Torre de Investigación, además de disponer de cuatro consultorios, tres de ellos en el área

de Consulta Externa del Hospital (consultorios 4,5 y 7) y uno de ellos en la planta baja del edificio de la Torre de investigación (consultorio 4), este último se dividió para dedicarlo a las consultas de primera vez y para el programa de bio-retroalimentación.

RECURSOS HUMANOS:

El personal está conformado por:

- Un jefe de Departamento (con nombramiento de investigador Asociado "C" por parte de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud e Investigador Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. En este caso el Dr. Francisco Morales Carmona.
- Nueve psicólogos adscritos (siete de los cuales poseen nombramiento de Investigador Asociado "A", y uno de Investigador Asociado "C", por parte de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud.
- Una secretaria

OBJETIVO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Coordinar y evaluar las actividades de investigación que contribuyan al conocimiento de los procesos psicológicos de pacientes gineco-obstétricas y de la relación materno infantil, para proporcionar el soporte requerido por las áreas asistenciales y contribuir al desarrollo de programas educativos en éste contexto.

FUNCIONES

Sus funciones se dividen en:

- Investigación
- Enseñanza
- Asistencia

Para lo cual lleva a cabo lo siguiente:

- Promover y preservar la salud psicológica y el sano desarrollo de las pacientes gineco-obstétricas y de los neonatos e infantes, mediante técnicas psicoterapéuticas dirigidas al individuo, la pareja y la familia que favorezcan al equilibrio bio-psico-social.
- Promover y preservar el buen funcionamiento del rol parental en aquellas personas que tienen bajo su responsabilidad la educación y formación de los menores, mediante la información, orientación, reflexión y experiencia, facilitando un aprendizaje dinámico que repercuta en el sano desarrollo de los menores a su cargo, así como de ellos mismos.
- Impartir educación continua al personal que opera el programa de psicología de la institución, participar en los eventos educativos organizados por otros departamentos con contenidos de ésta especialidad y diseñar y realizar periódicamente eventos educativos relacionados con la psicología aplicada a la perinatología.
- Diseñar protocolos de investigación en materia de psicología en la salud reproductiva y participar en los realizados en esta área por los otros departamentos, así como contribuir a la formación de recursos humanos especializados en psicología de la reproducción humana.
- Establecer lineamientos para manejo y/o tratamiento psicológico de los pacientes del INPer.

ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación contempla planear, desarrollar y realizar protocolos de investigación encaminados a ampliar el conocimiento de los procesos psicológicos involucrados con los eventos de la reproducción humana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Desarrollar programas de investigación sobre salud reproductiva y respecto de la mujer y su salud.

- Ampliar el conocimiento de los diversos procesos tanto sanos como enfermos con los que evolucionan las pacientes en su relación con los factores emocionales.
- Generar, diseñar y probar programas de intervención psicológica en pacientes que cursan con algún evento reproductivo.
- Probar programas de intervención interdisciplinaria.
- Difundir los resultados de los trabajos de investigación.

Para lo cual contempla las siguientes líneas de investigación:

- Generación de modelos explicativos
- Prueba de programas de intervención
- Diseño y/o estandarización de instrumentos de diagnóstico psicológico
- Impacto emocional de los procedimientos médicos
- Indagación de los factores de riesgo psicológico en los eventos reproductivos
- Determinación de incidencia y/o prevalencia de los trastornos mentales y su vinculación a los eventos reproductivos.

Estas líneas se desarrollan dentro de los nueve programas de atención en el departamento de Psicología que son las siguientes:

PROGRAMAS DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

1.-Desarrollo infantil
2.-Embarazo con producto con defecto congénito
3.-Sexualidad humana y problemática de pareja
4.-Embarazo adolescente
5.-Embarazo de alto riesgo
6.-Esterilidad
7.-Pérdidas perinatales
8.-Padecimientos crónicos degenerativos
9.-Climaterio

ENSEÑANZA:

Las actividades de enseñanza son uno de los compromisos fundamentales de las instituciones, particularmente de aquellas que pertenecen al sistema de institutos nacionales de salud. El departamento de Psicología colabora en esta acción desde diferentes niveles, por un lado, se encuentran aquellas actividades dirigidas al interior de la institución, con el propio personal y con los estudiantes de otras áreas que requieren de un conocimiento sobre el campo psicológico. Por otro lado, existen convenios con las instituciones de educación superior del país para entrenar a sus estudiantes en diferentes niveles, que son:

- Internos

- Estudiantes de servicio social
- Estudiantes que desarrollan trabajos de tesis, en los diferentes grados de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado.
- Estudiantes de maestría
- Estudiantes de doctorado

Todos ellos se integran a las acciones de enseñanza de acuerdo con su nivel y finalidad bajo los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Generar habilidades especializadas en asistencia, enseñanza e investigación, con la finalidad de formar recursos humanos de alto nivel profesional, que les permita incorporarse a los equipos interdisciplinarios que brindan atención en salud reproductiva de manera integral.

ASISTENCIA:

La asistencia psicológica cuenta con varios métodos para su desempeño, a continuación se describen en forma general y posteriormente en el programa específico en que se desarrolló durante el segundo año de la residencia.

METODO CLÍNICO

a) Entrevista clínica psicológica

En Consulta Externa se realizan historias clínicas psicológicas de primera vez, con adultos y niños, y se derivan a los pacientes a los programas que ameriten o bien su referencia a otra institución. (más adelante se detalla cuantas entrevistas clínicas se llevaron a cabo durante la residencia, además de las interconsultas y sesiones grupales)

En Urgencias o en Hospitalización se realiza la interconsulta, donde se maneja la intervención en crisis y se utiliza el modelo S.O.A.P para conducir la entrevista. Donde S: subjetivo, son los síntomas expresados por el paciente, O:

los signos observados por el profesional, A: el análisis, la conjunción de signos y síntomas que permitan establecer una apreciación respecto a la estructura, la psicodinamia y la posible psicogénesis de la alteración o trastorno emocional, P: es el plan a establecer con base en una impresión diagnóstica (haciendo uso del manual Diagnóstico DSM-IV) el pronóstico y un plan de atención a la paciente.

b) Técnicas de psicodiagnóstico

Aplicación de los instrumentos de psicodiagnóstico empleados en el instituto tanto a niños como a adultos, para efecto de diagnóstico o bien de investigación.

c) Técnicas psicoterapéuticas empleadas en el Instituto

Grupos:

- De orientación: se manejan con técnicas operativas y con técnicas de dinámicas de grupo.
- Psicoterapéuticos: grupos de psicoterapia psicoanalíticamente orientados, breves, con objetivos limitados, abiertos y especializados, donde el psicólogo desempeñará roles de observador y co-terapeuta.

Intervención con parejas

Manejar técnicas de trabajo con parejas, particularmente de tipo sexual y de funcionalización de la relación.

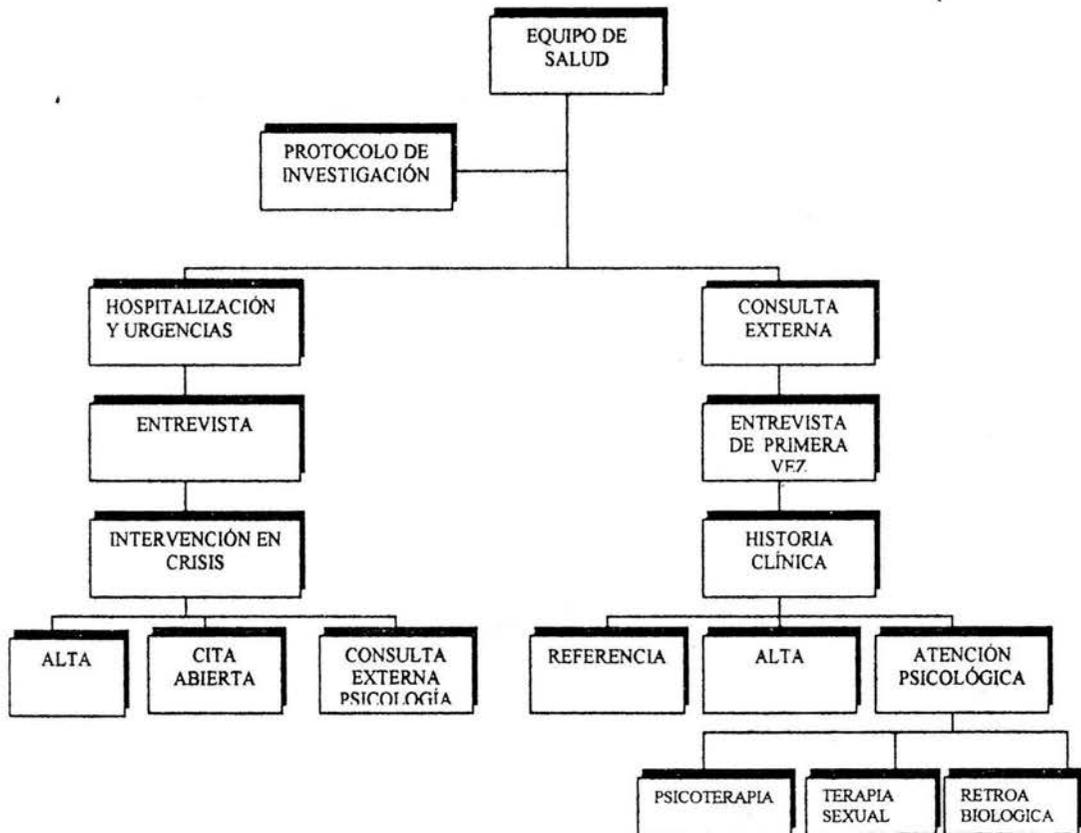
Intervención con niños

Manejar tácticas para el trabajo con niños pequeños, estableciendo programas conductuales y de orientación a padres para un mejor funcionamiento en la relación madre-hijo.

Técnicas cognitivo-conductuales y de retroalimentación biológica.

Las actividades asistenciales que cubre el Departamento son variadas por lo que se diseñó en forma de programas de atención mencionados anteriormente, mismos que se desarrollan a continuación y que siguen el mismo procedimiento del siguiente esquema.

ASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



PROGRAMA DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Diabetes y Displasias

En este programa se llevaron a cabo las actividades del segundo año de la residencia, a continuación se describe dicho programa y posteriormente las actividades desarrolladas.

Objetivo General:

Investigar, promover y atender asistencialmente los aspectos emocionales asociados a padecimientos crónicos y su repercusión en la vida reproductiva de la mujer en colaboración y apoyo con el equipo interdisciplinario.

Objetivos específicos:

- Diseñar una línea de investigación mediante protocolos que permitan comprender el fenómeno psicológico y emocional relacionado con enfermedades crónicas para planear programas asistenciales efectivos de atención psicológica.
- Favorecer la calidad de vida en las pacientes que cursan algún padecimiento crónico.
- Fomentar la adherencia terapéutica e institucional
- Abatimiento sintomático y control de sintomatología incapacitante
- Abatir las alteraciones emocionales relacionadas con padecimientos crónicos.
- Prevenir alteraciones en el futuro reproductivo de la paciente, focalizando la calidad de vida, complicaciones asociadas al padecimiento, embarazos futuros-
- Difundir los resultados de investigaciones realizadas.
- Formar recursos humanos especializados.

Actividades permanentes:

- Distribución de folletos informativos

- Grupo psicoterapéutico. Dependiendo del tipo de enfermedad crónica que la paciente presente podrán canalizarse a los dos diferentes grupos en función de la patología médica y de qué tanto compromete la vida, siendo el grupo de diabetes o endocrinopatías y el grupo de displasias.
- Grupo de apoyo y autoayuda RETO (abierto a personas con displasias y familiares interesados)
- Manejo de casos especiales (retraso mental, trastornos de personalidad, parejas,)

Estrategias:

- Entrevista clínicas. Tiene la finalidad de detectar problemática emocional principal manifiesta, áreas de conflicto y dinámica personal, determinar un diagnóstico clínico (nosológico) y psicodinámico, pronóstico, objetivos en el tratamiento y canalización interna o externa, determinar modalidad y condiciones de horario.
- Interconsulta: intervención en crisis, breve y de emergencia.
- Grupo psicoterapéutico, analíticamente orientado, abierto, de objetivos limitados, en sesiones semanales de 90 minutos.
- Consultas de apoyo y seguimiento en momentos críticos, individual, 60 minutos, en hospitalización o consulta externa. Atención a eventos críticos tales como estados emocionales reactivos al proceso de diagnóstico, intervención, primeros momentos post-intervención, duelo, etc.

Objetivos:

1. Favorecer la expresión libre y espontánea de la paciente.
2. Manejo de los procesos necesarios asociados a la conflictiva central de la paciente: familia, sexualidad, pareja, hijos, laboral, salud, ginecológica, obstétrica, etc.
3. Fomentar la adherencia terapéutica e institucional
4. Abatimiento sintomático y control de sintomatología incapacitante.

5. Ofrecer información veraz respecto a la enfermedad, análisis y comprensión de mitos y creencias populares.
6. Evaluación y fortalecimiento de funciones yoicas básicas, defensivas e integradoras.
7. Reestablecer el equilibrio afectivo
8. Atención a dificultades adaptativas y modificaciones a los hábitos necesarios.
9. Manejo de temores y fantasías respecto a la enfermedad y la posibilidad de muerte, pérdidas recurrentes de embarazos, pérdidas de matriz, seno, etc. culpas y ambivalencia respecto al embarazo.
10. Funcionalizar las relaciones interpersonales.
11. Asimilar el diagnóstico de la enfermedad y sus implicaciones, mediante el análisis de las dificultades para asumir la responsabilidad y necesidad de control de la enfermedad y de sentimientos de vulnerabilidad.
12. Prevenir patología severa que el evento crítico propicie.

**OBJETIVOS A CUBRIR PARA LOS RESIDENTES DE LA MAESTRÍA EN
MEDICINA CONDUCTUAL DE MARZO A AGOSTO 2000**

ASISTENCIA

El alumno deberá tener la habilidad de llevar a cabo de manera independiente la consulta de primera vez y las interconsultas a hospitalización.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ.

- El alumno deberá ser capaz de realizar la consulta programada al Departamento de Psicología a pacientes que acuden por primera vez al servicio, brindando una atención profesional en función de sus necesidades, indagando y obteniendo la información necesaria considerada en la historia clínica del servicio.
- Identificar el motivo de consulta por el cual la paciente acude al servicio, la evolución del problema y las principales áreas de conflicto afectadas.
- En caso de ser necesario, tener la capacidad de enganchar al paciente para su atención psicológica y llevar a cabo una correcta canalización a los diferentes programas del servicio.
- Integrar los datos obtenidos de la consulta en el formato de Historia Clínica que deberá ser entregado al psicólogo a quien se deriva a la paciente para su manejo.
- Reportar e integrar en el expediente de la paciente el formato de Resumen Clínico de Psicología.
- Registrar la asistencia de la consulta mediante el formato del Timbiriche.

RESULTADOS: Estas actividades se cubrieron en un 100% y se esquematizan en el cuadro 1 que a continuación se presenta.

CUADRO 1.

ATENCIÓN OTORGADA EN EL PERÍODO MARZO-AGOSTO 2000

ASISTENCIA	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL
Pacientes de 1° vez programadas	6	12	24	18	18	24	102
Pacientes de 1° vez atendidas	3	4	14	10	12	16	59
Consultas otorgadas	19	31	40	37	41	40	208
Pacientes atendidas	13	25	34	29	34	33	168
Asistencia grupal: Diabetes	3	5	6	3	6	7	30
Diabetes hospitalización	16	9	11	9	10	5	60
Displasias	6	3	6	11	10	8	44
Promedio de asistencia grupal mensual: Diabetes	1	2.5	2	1.5	2	2.3	11.3
Diabetes hospitalización	3.2	2.25	3.6	2.25	5	1.6	17.9
Displasias	1.5	1.5	3	3.6	3.3	2.6	15.5
Promedio general de grupos:	6.25	5.6	7.6	7.6	8.6	6.6	42.25
Interconsultas	3	6	2	4	7	3	25
Pacientes que asistieron mensualmente al Grupo RETO	10	9	11	8	6	6	50

INTERCONSULTAS A HOSPITALIZACIÓN

- El alumno deberá ser capaz de realizar las interconsultas solicitadas al Departamento de Psicología a pacientes que se encuentran en hospitalización, brindando una atención profesional en función de sus

necesidades, indagando y obteniendo la información que permita entrar en contacto con la paciente y entablar comunicación respecto a lo que a ésta le aqueje.

- Que el alumno favorezca que la paciente descargue catárticamente aquello que le afecta y le permita una sensación de alivio.
- Examine las dimensiones del problema y las posibles soluciones de manera que el paciente aclare y amplíe la percepción de la problemática expresada, analice diferentes alternativas e integre su realidad interna y externa.
- Ofrezca al paciente la opción de recibir apoyo psicoterapéutico subsecuente, haciendo hincapié en la importancia y beneficios de ello.
- Elaborar notas de la interconsulta en el expediente de la paciente mediante el modelo S.O.A.P. (S) Subjetivo, (O) Objetivo, (A) Análisis y (P) Plan.

RESULTADOS:

Estas actividades se cubrieron en su totalidad y quedaron registradas en los expedientes médicos en los que se requería la interconsulta. Se llevaron a cabo un total de 25 interconsultas en la mitad del segundo año de rotación por el instituto.

NOTA: se cumplieron estos objetivos del Instituto a pesar de que no estén relacionados con el modelo cognitivo-conductual, ya que era una exigencia del Instituto y que no apoyaban la aplicación de los conocimientos en Medicina Conductual. Lo mismo pasó en todos los demás puntos.

GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

La psicoterapia de grupo que se realiza en el INPer tiene las siguientes características:

- Breve
- Objetivos limitados y focalizados
- Grupos abiertos

- Grupos homogéneos
- Adherencia a objetivos institucionales

En estos grupos se pretende que:

- El alumno observará los grupos psicoterapéuticos mediante cámara de Gessell con la finalidad de tener una primera aproximación al trabajo de intervención en grupo e identificación de los procesos psicodinámicos que en éstos se presentan.
- Llevar a cabo el reporte de los contenidos manifiestos de la sesión psicoterapéutica que le permitirán identificar bajo supervisión contenido latentes, dinámica grupal, procesos grupales e individuales, hipótesis psicodinámicas y líneas de trabajo.
- Realizar notas en el expediente de la asistencia a psicoterapia, así como avances o procesos significativos del paciente.
- Registrar la asistencia de la consulta mediante el formato del Timbiriche.

RESULTADOS:

Estas actividades se cubrieron satisfactoriamente y se llevaron a cabo durante todo el segundo año de rotación por el Instituto.

Las sesiones grupales se realizaron dos veces por semana (los miércoles el grupo de displasias y los viernes el grupo de diabetes), cumpliendo con las actividades señaladas anteriormente, se registraron y entregaron un total de 36 sesiones grupales con el análisis correspondiente

FORMATO DE REPORTE DE PSICOTERAPIA GRUPAL:

PARÁMETROS DE OBSERVACIÓN DE MANEJO GRUPAL

Los reportes deberán de ser entregados a máquina, semanalmente, con los datos de la sesión anterior. En seguida se anotan los rubros que debe de contener, en la inteligencia de que en ocasiones alguno puede no encontrarse.

- Reconocer los temas centrales, manifiestos y latentes, tanto de grupo como individuales.
- Reconocer las dinámicas propiamente grupales:
 - Ataques dirigidos al terapeuta
 - Subagrupamiento
 - Cohesión grupal
 - Roles de los pacientes
 - Supuestos básicos de Bion (dependencia, ataque-huida, apareamiento)
 - Transferencia horizontal
- Reconocer las dinámicas propiamente psicoterapéuticas:
 - Resistencia
 - Transferencia
 - Contratransferencia
 - Defensa
 - Catarsis
 - Insight
- Identificar el tipo y propósito de la intervención grupal:
 - Intervenciones de encuadre (definir el encuadre)
 - Confirmaciones (confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación).
 - Rectificaciones
 - Clarificaciones (reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve)

- Sugerencias (intervención directiva)
 - Rescapitulaciones (resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento).
 - Señalamientos (señalar relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente).
 - Interpretaciones (interpretar el significado de las conductas motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas).
 - Meta-interpretaciones (comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores).
- Conceptuar la psicodinamia individual y grupal de la sesión.
 - Identificar las diferentes etapas de la evolución grupal.
 - Establecer hipótesis psicodinámicas y líneas de trabajo, tanto individual como grupal, de sesiones subsecuentes.

RESULTADOS:

Estas actividades se cubrieron satisfactoriamente y se llevaron a cabo durante todo el año de la rotación por el Instituto.

Las sesiones grupales se realizaron dos veces por semana (los miércoles el grupo de displasias y los viernes el grupo de diabetes), cumpliendo con las actividades señaladas anteriormente, se registraron y entregaron un total de 36 sesiones grupales con el análisis correspondiente.

Nuevamente se aclara que este punto era parte de la exigencia institucional con orientación psicodinámica de la cual no se podía modificar o trabajar con el modelo cognitivo-conductual.

INVESTIGACIÓN

El alumno se integrará al proyecto de investigación que cada programa esté llevando a cabo motivo por el cual las actividades pueden variar en función del avance del proyecto al cual se integre. No obstante se espera que el alumno posea las siguientes habilidades:

- Búsqueda y recolección de información bibliográfica, haciendo uso de herramientas como internet, bases de datos, ficheros, kardex, etc.
- Elaboración de fichas y resúmenes bibliográficos.
- Integración de la información obtenida en un marco teórico de la propuesta de investigación.

RESULTADOS:

Se cubrió satisfactoriamente este rubro con un total de 250 fichas y resúmenes elaborados a lo largo de este segundo año de rotación por el instituto. Se utilizó la base de datos del Psyclit de la Facultad de Psicología y se buscaron los artículos en la misma Facultad, el INPsiquiatría, Facultad de Medicina de la UNAM, INP, INPer, Salud Mental. Además de apoyar en la traducción y adaptación del instrumento de Medición de Locus de Control de Rotter para su aplicación en un protocolo de investigación de ganancia de peso con el departamento de Nutrición.

ENSEÑANZA

Las actividades de enseñanza se irán adaptando a las necesidades del programa al cual se integra el alumno.

- El alumno deberá contar con la información especializada respecto al programa al cual se incorpora.
- Asistirá a sesiones de investigación y sesiones generales programadas por el instituto mediante la Subdirección de Investigación y subdirección Médica respectivamente.
- Apoyará al psicólogo adscrito en la programación y elaboración de eventos académicos (cursos, conferencias, clases, presentaciones, etc.)

- Asistirá a los eventos académicos organizados por el instituto, el departamento de psicología y por el psicólogo adscrito a sus cargo.

RESULTADOS:

Se llevó a cabo todos los puntos satisfactoriamente durante este segundo año de rotación por el instituto.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Enunciar y describir los conceptos básicos de la entrevista, el diagnóstico psicológico, la intervención en crisis y la investigación clínica.
- Identificar los conceptos básicos de la sexualidad y el embarazo.
- Poseer un marco bio-psico-social del fenómeno reproductivo.
- Identificar los conceptos básicos del desarrollo infantil y la relación materno-infantil
- Reconocer los factores psicológicos que se asocian con el embarazo adolescente y la pareja estéril.

DESTREZAS

- Elaboración de la historia clínica psicológica
- Elaboración de notas al expediente clínico, con el modelo SOAP.
- Elaboración de notas clínicas de caso especiales.
- Aplicación y calificación de instrumentos de medición.
- Ayudantía en intervención en crisis.
- Observación selectiva y silente en el manejo de grupos
- Diseño, organización y desarrollo de conferencias.
- Planeación, organización y diseño de una investigación clínica así como captura de datos en el campo.
- Elaboración de un diagnóstico nosológico basado en el DSM-IV.
- Elaboración de un diagnóstico psicodinámico.
- Intervenir en pacientes en crisis.

- Observación silente en grupo e incorporación al papel de co-terapeuta.
- Captura y análisis de datos de investigación.
- Análisis estadístico y elaboración de reporte de investigación.

Cabe mencionar que estas destrezas no corresponden a las mencionadas por el Programa de Residencia en Medicina Conductual, ya que pretenden objetivos distintos, mas sin embargo era una exigencia del Instituto cumplirlas.

Además, en el aspecto académico se cumplió con el aprendizaje de los siguientes puntos:

PROGRAMACIÓN ANUAL DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE LA MAESTRIA EN PSICOLOGÍA 2000-2001

Se daban las siguientes clases y posteriormente el examen de conocimientos adquiridos el cual se realizaba semanalmente y que se cubrió satisfactoriamente.

MODULOS BÁSICOS

- Psicología Institucional (1 hr.)
- Entrevista psicológica (3 hrs.)
- Evaluación diagnóstica (4 hrs.)
- Intervención en crisis (4 hrs.)
- Investigación clínica (4 hrs.)
- Psicoterapia de grupo breve de orientación psicoanalítica (4 hrs.)
- Retroalimentación biológica (2 hrs.)

MODULOS DE REPRODUCCIÓN HUMANA

- Reproducción humana (2 hrs.)
- Sexualidad humana (2 hrs.)
- Embarazo (2 hrs.)

- Embarazo adolescente (2 hrs.)
- Desarrollo infantil (2 hrs.)
- Esterilidad (2 hrs.)
- Diabetes y neoplasias (2 hrs.)
- Defectos congénitos (2 hrs.)
- Infertilidad (2 hrs.)
- Climaterio (2 hrs.)

**OBJETIVOS PROPUESTOS POR EL INPer PARA RESIDENTES DE MEDICINA
CONDUCTUAL DE SEPTIEMBRE A FEBRERO 2001**

OBJETIVOS PARTICULARES

- Enunciar y describir los conceptos básicos de investigación clínica, la medición en psicología y de la psicoterapia de grupo.
- Reconocer los factores psicológicos asociados en la paciente que cursa con diabetes gestacional, las parejas con productos con defecto congénito, la paciente infértil y la paciente estéril.
- Enunciar y describir los conceptos básicos de la medición en psicología y la psicoterapia de grupo.
- Reconocer los factores psicológicos asociados a la paciente que cursa con infertilidad, climaterio y enfermedades neoplásicas.

DESTREZAS

- Papel de co-terapeuta e incorporación al papel de pareja terapéutica en el manejo de grupos.
- Planeación, organización y diseño de una investigación clínica bajo supervisión mínima.
- Supervisión de estudiantes de menor jerarquía.
- Papel de pareja terapéutica en grupo.

- Captura y análisis de datos de investigación, procesamiento estadístico y reporte escrito, con supervisión mínima.
- Supervisión de estudiantes de menor jerarquía.

ASISTENCIA

La realización de las consultas de primera vez, las interconsultas a piso en hospitalización y la participación como co-terapeuta en las sesiones grupales, ya no solo como observadora sino como pareja terapéutica. Se dieron un total de 41 sesiones grupales (diabetes y displasias) mismas que se registraron y se realizó el análisis correspondiente con los rubros mencionados en el anterior reporte.

ATENCIÓN OTORGADA DURANTE EL PERÍODO SEPTIEMBRE 2000 A FEBRERO 2001

ASISTENCIA	SEPT	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	TOTAL
Pacientes de 1° vez programadas	12	18	12	15	22	19	98
Pacientes de 1° vez atendidas	7	10	8	10	15	12	62
Consultas otorgadas	32	31	22	23	38	28	174
Pacientes atendidas	24	23	19	19	28	21	134
Asistencia grupal							
Diabetes	10	8	3	1	1	3	26
Diabetes hospitalización	4						4
Displasias	8	8	5	1	10	10	42
Promedio de asistencia grupal mensual: Diabetes	2	2.6	1.5	1	1	1.5	9.6
Diabetes hospitalización	4						4
Displasias	2.6	1.6	1.6	1	3.3	2.5	12.6
Promedio general de grupos:	7.3	2	1.6	1	2.75	2.16	16.81
Interconsultas	5	3	2	2	7	11	30
Pacientes que asistieron mensualmente al Grupo RETO	8	5	2	3	7	13	38

INVESTIGACIÓN:

- Búsqueda y recolección de información bibliográfica, haciendo uso de herramientas como internet, bases de datos, ficheros, kardex, etc.
- Elaboración de fichas y resúmenes bibliográficos.
- Integración de la información obtenida en un marco teórico de la propuesta de investigación.

ENSEÑANZA

- Se asistió a sesiones de investigación y sesiones generales programadas por el instituto mediante la Subdirección de Investigación y subdirección Médica respectivamente.
- Se apoyó al psicólogo adscrito en la programación y elaboración de eventos académicos (cursos, conferencias, clases, presentaciones, etc.)
- Se asistió a los eventos académicos organizados por el instituto, el departamento de psicología y por el psicólogo adscrito a sus cargo.

RESULTADOS:

Se llevó a cabo todos los puntos satisfactoriamente durante este segundo año de rotación por el INPer.

CASOS CLÍNICOS ESPECIALES:

El caso especial se realizó desde la evaluación hasta la terminación y conclusiones para el equipo médico bajo supervisión mínima debido a las habilidades ya adquiridas durante la residencia según parámetros del INPer. (Ver anexo 2)

EXPOSICIONES:

Se llevó a cabo una exposición ante el grupo de autoayuda RETO, quienes lo integran pacientes que han cursado por la experiencia del cáncer, que se encuentran en tratamiento o rehabilitación y son acompañadas por familiares o amigos.

Se determinó dar el tema de "Imagen corporal" debido a las inquietudes expuestas por las pacientes ante su imagen posterior a la mastectomía causada por el cáncer o ante la histerectomía y como afectaba en su percepción de ellas mismas.

Se elaboró el material didáctico con diapositivas para la exposición, bajo la supervisión de la psicóloga adscrita al programa de displasias.

Se contó con un número de 6 pacientes, contando con la presencia del médico oncólogo y la trabajadora social, obteniendo una respuesta de las pacientes de interés y autoaceptación por su imagen corporal además de la motivación para su autocuidado.

El contenido de la exposición se presenta en el anexo 3.

Además se realizó una segunda exposición ante el grupo RETO (pacientes en rehabilitación del cáncer) con el tema "Asertividad", en el cual se contó con la presencia de 13 pacientes que asistieron, además del médico oncólogo y la trabajadora social, obteniéndose una respuesta de interés en el público presente. (ver Anexo 4)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL:

Se presentó el programa de atención a pacientes con diabetes gestacional llamado " **LA MOTIVACIÓN Y LA AUTO-EFICACIA EN EL AUTO-CUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL**" el cual se propuso en el programa al que estaba adscrita "Embarazo y enfermedades crónico degenerativas", sin embargo por la brevedad del tiempo para concluir la residencia no se logró concretizar, además que tenía que ser revisado y aceptado en un protocolo de investigación del mismo Instituto para poder ser llevado a cabo.

LA MOTIVACIÓN Y LA AUTO-EFICACIA EN EL AUTO-CUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA:

MOTIVACIÓN:

La motivación es un constructo general que incluye un sistema de mecanismos auto-regulatorios. Los intentos para explicar las fuentes motivacionales de la conducta, deben especificar los determinantes y los mecanismos de intervención que rigen las tres características principales de la motivación: la selección, activación y la dirección sostenida de la conducta hacia ciertas metas. (Bandura 1981). La fase motivacional de aprendizaje auto-dirigido incluye una variedad de interrelaciones de procesos de auto-referencia, incluyendo el auto-monitoreo, la evaluación de la auto-eficacia, establecimiento de metas personales, resultados esperados y auto-reacciones afectivas.

En la Teoría Social Cognitiva, las metas están arraigadas a un sistema de valor dado más allá de los auto-incentivos y guiados a la conducta de salud. Las metas pueden ser distales que sirven a una función de orientación o una proximal específica, que regula el esfuerzo y guía a la acción en el aquí y en ahora. Las intenciones son esencialmente equivalentes a metas proximales "yo me dirijo a" y "yo intento", ambos se refieren a qué se propone hacer la persona. Las metas son una faceta interrelacionada de un mecanismo motivacional que opera a través del auto-monitoreo, patrones de aspiración y auto-reacciones afectivas mas que simplemente un predictor separado para ser tomado de un modelo conceptual.

El cambio personal sería trivialmente fácil si no hubiera impedimentos o barreras para superar. En la teoría social cognitiva se distinguen diferentes tipos

de barreras: cognitivas, situacionales o estructurales. Algunas de las barreras son situaciones que impiden la práctica de conductas de salud por si mismas. Este tipo de impedimentos forman una parte integral de la evaluación de la auto-eficacia. Las creencias de eficacia deberán ser medidas contra el grado del cambio o los impedimentos para el éxito del desempeño.

La motivación se basa en un modelo personal que incluye un proceso de comparación cognitiva del desempeño percibido para un modelo personal aceptado. La auto-satisfacción es una condición en el modelo personal, donde la persona brinda opciones para sus acciones y crea auto-incentivos para persistir en el esfuerzo hasta que su desempeño alcanza las metas.

La activación del proceso de auto-evaluación a través de comparaciones cognitivas requiere de ambos factores comparativos: un patrón o modelo personal y conocimiento del nivel de desempeño de cada uno. Simplemente adoptando una meta sin saber como uno lo está haciendo, o saber como uno lo esta haciendo en la ausencia de una meta, no tiene el impacto motivacional duradero, pero la influencia combinada de metas con conocimiento del desempeño, eleva sustancialmente la motivación.

Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación en varias maneras. La base de estas creencias está en que tanto la gente elige los cambios a que se compromete, que tanto esfuerzo gasta en el intento, y que tan larga es la perseverancia en la fase de dificultades. Cuando se encuentran con obstáculos y fracasos, la gente que no confía en sus capacidades disminuye sus esfuerzos o suspende el intento prematuramente y decide por soluciones mediocres. Aquellos que tienen una fuerte creencia en sus capacidades, intensifica sus esfuerzos cuando ellos fallan en alcanzar lo que buscan y persisten hasta conseguir el éxito.

De aquí pasamos a revisar lo que es la Auto-eficacia y conocer lo que incluye este constructo.

AUTOEFICACIA

La auto-eficacia se refiere a las creencias en las capacidades de cada uno para organizar y ejecutar el curso de acción requerida para poder alcanzar metas.

Las creencias de eficacia sin embargo, son la mayor base para la acción. La gente guía sus vidas por sus creencias de eficacia personal

Las creencias de la gente de su eficacia tiene diversos efectos. Tales creencias tienen influencia en el curso de acción de la gente para elegir una meta, cuanto hay que esforzarse, cuanto tiene que perseverar y enfrentarse a los obstáculos, su ánimo para enfrentar la adversidad, si su patrón de pensamientos son auto-destructivos o de auto-ayuda, que tanto estrés y depresión ha experimentado en enfrentar las demandas del medio ambiente y el nivel de complejidad para realizarlo.

Las creencias de eficacia personal constituyen el factor clave del organismo humano. (Bandura 1997). Si la gente cree que no tiene poder para producir resultados, no intentará hacer que las cosas sucedan. En la teoría social cognitiva, un sentido de la eficacia personal está representado como creencias propositivas.

Los conceptos de auto-estima y la percepción de autoeficacia, son frecuentemente usadas como representación del mismo fenómeno, siendo que no es así. La auto-eficacia percibida tiene que ver con el juicio de las capacidades personales y la auto-estima está relacionada con el juicio de auto-valor. No hay ninguna relación entre las creencias acerca de las capacidades de uno mismo y si se esta a gusto o disgusto consigo mismo.

La gente necesita mucho mas que una auto-estima alta para hacer bien las cosas y conseguir sus metas, necesita de la firme seguridad en su eficacia para mantener y sostener el esfuerzo requerido para conseguir el éxito.

NATURALEZA Y ESTRUCTURA DE LA AUTOEFICACIA

Las creencias de eficacia se refieren no solo con el ejercicio del control sobre la acción, sino también con la auto-regulación del proceso del pensamiento, motivación y estados afectivos y fisiológicos.

La eficacia es una capacidad para generar, con elementos cognitivo, social emocional y de sub-habilidades conductuales, organizados y manejados para servir a innumerables propósitos. Esta es una diferencia muy marcada entre poseer las sub-habilidades y ser capaz para integrarlas apropiadamente en el curso de acción y ejecutarlas bien bajo circunstancias difíciles.

En resumen, la auto-eficacia percibida se relaciona no con el número de habilidades que tienes, sino con que tú crees que puedes hacer con lo que tienes, bajo una variedad de circunstancias. Diferentes personas con similares habilidades, o la misma persona bajo diferentes circunstancias, puede conducirse pobremente, adecuadamente o extraordinariamente, dependiendo de la fluctuación de sus creencias de eficacia personal.

La gente que se percibe a sí mismo como altamente eficaz esperará resultados favorables, así como aquellos con menos seguridad en la práctica de sus capacidades tendrá una visión negativa de los resultados.

LA TEORIA SOCIAL COGNITIVA Y LA AUTO-EFICACIA

La Teoría Social Cognitiva constituye una estructura causal multifacética que dirige el desarrollo de las competencias y la regulación de la acción. Incluye una larga colección de factores que operan como reguladores y motivadores del establecimiento de habilidades cognitivas, sociales y conductuales.

La auto-eficacia percibida ocupa un punto central en la teoría social cognitiva porque actúa sobre otras clases de determinantes, teniendo influencia en la elección de actividades, el nivel motivacional y las creencias de la eficacia personal hacen una contribución importante en la adquisición de estructuras de conocimiento en las que están fundadas las habilidades. Estas creencias también regulan la motivación al formarse las aspiraciones y los resultados esperados por el esfuerzo de cada uno.

FUENTES DE LA AUTO-EFICACIA:

Las creencias de la gente acerca de su eficacia personal, constituye el principal aspecto de su auto-conocimiento. Las expectativas de eficacia determinan si la persona iniciará refuerzos dirigidos hacia el afrontamiento y la solución de problemas. Las creencias de la auto-eficacia están construidas a partir de cuatro fuentes principales de información:

- 1.-Las experiencias de dominio internas que sirven como indicadores de su capacidad
- 2.-Las experiencias vicarias que alteran las creencias de eficacia a través de la transmisión de la comparación y competencia con los logros de otros.
- 3.- La persuasión verbal y los tipos asociados de influencias sociales que poseen ciertas capacidades
- 4.- Los estados fisiológicos y afectivos de la gente que juzga parcialmente su capacidad, fuerza y vulnerabilidad para la disfunción.

Cualquier influencia dada, dependiendo de su forma, puede operar hacia uno o mas de estas fuentes de la información de eficacia.

El construir un sentido de eficacia personal, requiere adquirir las herramientas cognitivas, conductuales y de auto-regulación para crear y ejecutar cursos de acción efectivos para manejar cualquier cambio en las circunstancias de vida. El desarrollo de las creencias de eficacia a través de las experiencias dominadas, crea la facilidad cognitiva y de auto-regulación para practicas efectivas.

EXPERIENCIA VICARIA:

Algunas personas no confían en las experiencias dominadas como una sola fuente de información acerca de sus capacidades. La evaluación de la eficacia está parcialmente influenciada por experiencias vicaria a través de los logros modelados. Así que el modelamiento sirve como otra herramienta efectiva para promover un sentido de eficacia personal.

Hay muchos procedimientos en los cuales modelando los esfuerzos tiene efectos en las creencias de eficacia. Así, viendo o visualizando a las personas parecidas realizando exitosamente las practicas de uno mismo, se hace la observación de que ellos también poseen las habilidades para realizar actividades parecidas. El persuadir en que si otros pueden hacerlo, ellos también tienen la capacidad de realizarlo.

PERSUASIÓN VERBAL:

La persuasión verbal por si sola puede ser limitada en su poder para crear incrementos duraderos en la percepción de eficacia, pero esta puede soportar el auto-cambio si la evaluación positiva es dentro de limites realistas. Las personas que son persuadidas verbalmente y que poseen las capacidades para manejar las tareas, están probablemente movilizando grandes esfuerzos y sosteniéndolos mas que aquellos que albergan dudas y que viven en deficiencias personales cuando ocurren las dificultades. Para extender que el empujón de la persuasión en la eficacia percibida dirige a las personas a tratar de alcanzar arduamente el éxito, las creencias de auto-afirmación promueven el desarrollo de estrategias y de un sentido de eficacia personal. Atribuciones persuasivas de eficacia, por lo tanto, tienen su gran impacto en las personas que tienen alguna razón para creer que ellos pueden producir efectos a través de sus acciones.

ESTADOS FISIOLÓGICOS Y AFECTIVOS:

Los indicadores somáticos de la eficacia personal son especialmente relevantes en el dominio que involucra el logro físico, el funcionamiento de la salud y el afrontamiento con los factores estresores.

En resumen: el determinante más poderoso de las expectativas es la propia historia de éxito o fracaso por parte de la persona, con una tarea específica o con tareas de una clase determinada. La experiencia puede conseguirse también a partir de la observación de los demás en la misma situación. La representación de

papeles y el modelado por el terapeuta o por otros pacientes participantes en los grupos de habilidades sociales, aumentan el rango de respuestas del individuo y el conocimiento de formas alternativas de lograr los objetivos en situaciones determinadas. La persuasión verbal incluye el dar ánimo, las instrucciones, el consejo, las ayudas verbales y todos los métodos de influencia verbal interpersonal. Los estados fisiológicos pueden influir sobre la eficacia en cualquier momento. La activación o la relajación en un determinado momento influirá sobre la eficacia de la persona con respecto a su capacidad para acercarse a un estímulo temido. El estado fisiológico puede manipularse, por ejemplo, con el entrenamiento en relajación, para mejorar terapéuticamente la eficacia sobre las capacidades para lograr un objetivo.

LA AUTO-EFICACIA PERCIBIDA EN CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD

Se ha visto recientemente que los hábitos de estilo de vida pueden mejorar la salud o si no son adecuados, dañar la salud. Así, la gente puede ejercer algún control sobre la calidad de su salud. La Teoría Social Cognitiva distingue tres procesos básicos del cambio personal:

1. La adopción de nuevos patrones de conducta
2. El uso generalizado de éstos bajo diferentes circunstancias
3. Y el mantenimiento

La creencia en la eficacia, influye en cada una de las fases del cambio personal, en que si la gente puede considerar cambiar sus hábitos de salud, si la gente puede enlistar la motivación y la perseverancia necesitada para lograrlo y hacerlo así, y que tanto podrán mantener el cambio logrado.

La gente cree que pueden motivarse ellos mismos y regular su propia conducta si ellos consideran que sus hábitos decrementan su salud. La barrera de ineficacia percibida para la salud preventiva es muy familiar en la resignación de la gente acerca de los factores de riesgo, tales como el fumar o la obesidad.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA:

En distintas investigaciones (Senecal & Nouwen, 2000) sus análisis confirmaron que la auto-eficacia fue significativamente asociada con la adherencia. Así que la intervención para el auto-cuidado dietético está incrementado con la auto-eficacia.

Es un consenso general que la dieta es un elemento central en el manejo de la diabetes y es donde la mayoría de los pacientes falla con las recomendaciones dietéticas.

Un área de la psicología que tiene una particular relevancia es la que va dirigida a la adherencia con actividades de auto-cuidado y motivación. La motivación envuelve procesos de auto-regulación incluyendo la selección, activación y la dirección sostenida de la conducta hacia ciertas metas. (Bandura, 1997).

Un elemento clave de la teoría social cognitiva, es el concepto de auto-eficacia, el cual implica un juicio de las habilidades de cada uno para alcanzar ciertas metas, es decir, desarrollando aspiraciones y metas a alcanzar, determinando la cantidad de esfuerzo y perseverancia que cada uno gastará en alcanzar esas metas para alcanzar los resultados esperados por las expectativas de esfuerzo de cada uno.

La importancia de la auto-eficacia para la adherencia en el auto-cuidado de la diabetes proviene de diferentes estudios que demuestran que la auto-eficacia está altamente relacionada con rangos de adherencia, (Kavanagh, Gooley y Wilson, 1993).

De este modo, aunque la adherencia a las actividades de auto-cuidado dietético parecen determinadas principalmente por la auto-eficacia, si uno se siente feliz en la vida está relacionado a si aquellas actividades de auto-cuidado tiene una significado personal.

Las personas diabéticas que son auto-eficaces y llevan actividades de auto-cuidado, están mejor preparados para enfrentar frecuentes dificultades. El estar seguro acerca de las habilidades de sí mismo para llevar a cabo las

recomendaciones de las actividades de auto-cuidado, puede generar sentimientos de satisfacción. De alguna manera, se puede lograr el mantener la adherencia debido a una alta auto-eficacia dirigida al control de la diabetes.

Las estrategias para fortalecer la auto-eficacia son claramente detalladas y generalmente incluye la identificación y establecimiento de metas realistas, y distinguiendo un soporte social apropiado.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LA AUTO-EFICACIA

La eficacia personal percibida de distintas personas podría estar limitada por las exigencias de una tarea sencilla, o extenderse a exigencias moderadamente difíciles o incluir las exigencias de más alto desempeño. El rango de la capacidad percibida para una persona dada, es medida contra los niveles de exigencia de la tarea que representa los grados de variación del reto o impedimentos para un desempeño exitoso, sino hay obstáculos a vencer, la actividad es fácil de llevar a cabo y todos tienen uniformemente la percepción alta de la auto-eficacia.

En una encuesta preliminar para construir escalas para evaluar la auto-eficacia, se le pide a las personas que describan las cosas que se les hace difícil de desempeñar y que requieren de realizar esas actividades regularmente. Se deberán construir items con suficientes impedimentos y retos dentro de los items de autoeficacia para evitar un tope de los efectos. Cuando las estrategias esenciales estan faltando, la eficacia percibida para regular la motivación de cada uno y el aprendizaje de las actividades, proporcionan soportes motivacionales para dominar las estrategias necesitadas.

DIABETES

La diabetes Mellitus representa en nuestro país la tercera causa de muerte, siendo que es una enfermedad controlable y que requiere de un cambio en el estilo de vida para su manejo.

❖ CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES DURANTE EL EMBARAZO:

- Diabetes Pregestacional: Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2
- Diabetes Gestacional

❖ DIABETES GESTACIONAL:

- 6-11% embarazos
- 3-10% > 35 años
- 50-60 % de las Diabéticas Gestacionales tienen un alto riesgo de padecer Diabetes Mellitus en los próximos 10 años.

CONSECUENCIAS DE LA DIABETES:

- ❖ La importancia del padecimiento de la Diabetes Gestacional radica fundamentalmente en que condiciona un incremento en la frecuencia de las complicaciones maternas, fetales y neonatales con relación a los embarazos normo evolutivos.

IMPLICACIONES FETALES



*MALFORMACIONES
CONGÉNITAS
*FETO MUERTO
*MACROSOMIA
*MUERTE FETAL

*HIPOGLUCEMIA
*SINDROME DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA
*HIPOCALCEMIA
*DESARROLLO INFANTIL A
LARGO PLAZO

IMPLICACIONES PARA LA MADRE

- Alteraciones metabólicas del embarazo
- Complicaciones vasculares
- Retinopatías, Nefropatías y Neuropatías



- Se conoce que los aspectos principales para un control de la diabetes son: llevar a cabo una dieta adecuada con las calorías que requiere su organismo, la ingesta de medicamentos o de aplicación de insulina, el ejercicio y una también muy importante que es la relajación muscular y la disminución del estrés.
- Por lo tanto se propone un programa de intervención cognitivo-conductual con los elementos de motivación y auto-eficacia para lograr un autocuidado del control dietético específicamente, ya que es uno de los aspectos más difíciles de llevar a cabo en las pacientes con diabetes gestacional.

MÉTODO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿La motivación y la auto-eficacia son elementos que favorecen el auto-cuidado dietético en pacientes con diabetes gestacional?

TIPO DE MUESTRA: Se incluirán a todas las pacientes con Diabetes Gestacional que sean referidas al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: un solo grupo con mediciones antes – después.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: Escala de auto-eficacia (no se pudo concluir este instrumento), auto-reportes dietéticos y auto-reportes de relajación.

CONDUCTA A REGISTRAR:

DIETA: Se registrará el tipo de alimento que se consume y las calorías que contienen dichos alimentos, así como los alimentos ocasionales extras no permitidos pero que consumió.

En el Instituto a todas las pacientes diabéticas gestantes se les proporciona un manual con la dieta calculada en las calorías que requiere su organismo, ellas pueden armar su menú con los alimentos señalados como permitidos y evitar los no recomendados.

Se propone el siguiente formato de autorregistro diario:

FECHA:

DIETA	DESCRIPCIÓN DE LOS ALIMENTOS	NUM. CALORIAS	ALIMENTOS EXTRAS NO PERMITIDOS
DESAYUNO			HORA DESCRIPCIÓN
COLACIÓN			
COMIDA			
COLACIÓN			
CENA			

PROCEDIMIENTO

OBJETIVO: Que las pacientes con Diabetes Gestacional logren un auto-cuidado dietético a través de la motivación y la auto-eficacia.

Se plantean 6 sesiones, una por semana, por cuestiones de tiempo, debido a que las pacientes se les detecta la diabetes gestacional en la semana 24 a la 28 de gestación y para cuando llegan al Departamento de Psicología están en la semana 30, así que se cuenta solo con 6 semanas más para cuando estén próximas al parto.

♦ SESIÓN 1

Se les aplicará, una vez concluida la elaboración de la escala de evaluación de auto-eficacia, a las pacientes diabéticas gestantes en el INPer. Algunos de los ítems que se incluyen son: "qué tan capaz soy de hacer lo que el doctor me dice" "que tan capaz soy para realizar mi dieta". Las pacientes deben estimar su seguridad en ser capaces de ejecutar cada ítem, escribiendo un número de 0 (no puedo hacerlo) a 100 (seguramente lo puedo hacer).

Se abordará la motivación para el auto-cuidado dietético, elaborando una lista motivacional para llevar a cabo su dieta.

♦ SESIÓN 2

Se llevará a cabo el establecimiento de metas distales y proximales. Se describirán los procesos de auto-regulación de la motivación: selección, activación y dirección sostenida: el auto-cuidado dietético, como lo voy a hacer, la cantidad del esfuerzo para mantenerlo y la perseverancia para los resultados esperados. Elaboración del auto-registro dietético.

♦ SESIÓN 3

Auto-eficacia: realizar lista de habilidades percibidas con eficacia. Explicar experiencias vicarias.

♦ SESIÓN 4

Modelamiento: realizar el modelamiento de conductas para mejorar la eficacia percibida del auto-cuidado dietético.

♦ SESIÓN 5

Persuasión verbal y estados fisiológicos.
Entrenamiento en relajación y auto-registros.

♦ SESIÓN 6

Elaboración de la escala de evaluación de la auto-eficacia. Retroalimentación de los resultados.

NOTA: esta escala no pudo ser concluida en su realización debido al tiempo que era próximo a terminar la residencia.

CONCLUSIONES:

Este programa fue solo una propuesta hecha al Instituto para poner en práctica en el grupo de Diabetes, desafortunadamente no se logró su aplicación debido a múltiples factores como el que fuera aprobado en un protocolo de investigación del INPer y por el tiempo próximo a concluir la residencia.

Mas sin embargo considero que la auto-eficacia y la motivación son elementos que se requieren para que realmente el paciente diabético se dé cuenta del potencial de sí mismo para controlar el padecimiento.

SUPERVISIÓN:

Se contó con la supervisión in situ de parte del Dr. Morales Jefe del departamento de Psicología y en específico de la Psicóloga Diana Pimentel responsable del programa de Enfermedades Crónicas en el cual realicé el segundo año de rotación de la residencia.

CRITICAS Y SUGERENCIAS

Me parece que durante este segundo año de rotación por el Instituto Nacional de Perinatología se logró cubrir satisfactoriamente los objetivos propuestos por el departamento de Psicología del Instituto, pero me parece que existieron dificultades para poner en práctica una manera diferente de atender a los pacientes. La propuesta de la residencia en Medicina conductual es con una orientación cognitivo-conductual, la cual tropezó con la forma de trabajo ya establecida en el departamento con una orientación a lo psicodinámico.

En el área de la investigación, me parece importante mencionar que si uno de sus objetivos es "generar, diseñar y probar programas de intervención psicológica en pacientes que cursan con algún evento reproductivo", me parece que el ofrecer a los pacientes la intervención con programas con orientación cognitivo-conductual puede favorecer una pronta recuperación emocional durante el proceso reproductivo, el cual requiere de programas que puedan evaluar y medir el avance en su recuperación o detectar las fallas, aspecto que con una orientación psicodinámica presenta ciertas dificultades para cuantificar, medir y/o detectar los factores que intervienen el éxito o fracaso de la recuperación de las pacientes.

Me parece que el abrirse a la propuesta cognitivo-conductual en el INPer puede favorecer la atención a los pacientes en aspectos que requieren de resultados mas medibles y de corta duración, mas sin embargo existieron algunas resistencias para llevar a cabo estos programas, no se presentaron las facilidades para llevarlas a cabo, por lo tanto esto nos hace pensar en la conveniencia para los futuros residentes de practicar en el INPer.

Otro aspecto a reflexionar es en la creación de instrumentos de medición, ya que en este aspecto se topó con dificultades, ya que se proponían la creación de cuestionarios o instrumentos de medición pero nos remitían a los ya existentes en el departamento y había poco interés en implementar o probar alguno nuevo.

Con respecto al área de la asistencia, los métodos clínicos que mas se desarrollaron fueron la entrevista clínica, las técnicas psicoterapéuticas de orientación y de grupo con orientación psicoanalítica. Sin embargo en el programa del departamento de Psicología del INPer se contempla las técnicas cognitivo-conductual y de retroalimentación biológica pero se observó que no se promueve su aplicación o apoyo para ponerlas en práctica, existiendo ciertas reservas para llevarlas a cabo.

Dentro del programa de Enfermedades crónico degenerativas en el cual realicé ese año de residencia, en lo referente a los objetivos, se contempla el fomentar la adherencia terapéutica que es uno de los puntos principales de llevar a cabo en las enfermedades crónicas, mas sin embargo existieron dificultades y no se logró la aceptación de implementar los auto-registros de la dieta, el medicamento y relajación en las pacientes con diabetes gestacional, siendo que en la bibliografía cognitivo-conductual se contempla como una de las estrategias para lograr la adherencia terapéutica.

Con respecto a los reportes grupales que se realizaron en cada sesión, me parece que se tomó más tiempo que se podría haber distribuido de mejor manera para poner en práctica diferentes técnicas con las pacientes diabéticas y contribuir al control de su diabetes.

Con respecto a la enseñanza, falta la apertura a mostrar la conveniencia de aplicar otro método de intervención psicológica, como es la orientación cognitivo-conductual, ya que no se mostró esta técnica y solo se contempló la teoría con orientación psicodinámica.

En este reporte se describe el programa de actividades para los residentes de Medicina Conductual que contempla el INPer, mas sin embargo no se menciona las estrategias de trabajo o técnicas cognitivo-conductuales que emplea la Medicina conductual, en su lugar maneja mas aspectos clínicos con orientación psicodinámica, y entonces uno se pregunta ¿Por qué el departamento de Psicología del INPer contempla estos puntos con una orientación psicodinámica a los residentes de Medicina Conductual?, siendo que tendría que ser con orientación cognitivo conductual, así que la sugerencia es que se tendría que revalorar la conveniencia de continuar como sede para los futuros residentes o de elaborar un programa que contemple nuestra formación cognitivo-conductual y que sea factible realizarla en el INPer.

REFERENCIAS

- Bandura, Albert & Dale Schunk (1981) "Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation" Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 41 num. 3 pag 586-5
- Bandura, Albert. (1997) "Self-efficacy" The Exercise of Control. Freeman and Company. New York
- Blanco A. (1985) Estudio comparativo entre los estados emocionales: ansiedad y depresión en un grupo de mujeres gestantes y sus condiciones de embarazos, parto y de las respuestas conductuales de los recién nacidos. Tesis UNAM
- Buena-Caballo Vicente (comp) (1991) "Manual de Psicología clínica aplicada Siglo XXI Editores. México-España
- Caballo, Vicente. (comp.) (1991) Manual de Técnicas de terapia y Modificación de conducta. Siglo XXI editores. México-España
- Cañizales, Miguel (1994) "La ansiedad y su relación con un curso gestacional" Tesis Doctorado UNAM
- Goldman, Howard. (1996) Psiquiatría general. Editorial Manual Moderno México
- Kavanagh & Gooley (1993) " Prediction of Adherence and control in diabetes" Journal of Behavioral Medicine. Vol. 16 no. 5 pág. 509-521
- Langer, Nieli. (1994) "Emotional Adjustment to Diagnosis and Intensified Treatment of Gestational Diabetes" American Journal of Obstetrics and Gynecology vol.84 pag.330
- Lazarus y Folkman J.(1986) "Estrés y procesos cognitivos" Martínez Roca. Barcelona
- Lighth, H. Fernster (1974) "Maternal concerns during pregnancy". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol.11 pag.46
- Nadelson, C. (1973) "Normals Special Spects of Pregnancy". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 41 pag. 611

- Nuckoll, S. (1972 "The role of emotional factor in obstetric complications". A review psichosomatyc medical vol. 30 pag 5
- Salvatierra V. (1989) "Psicobiología del embarazo y sus trastornos" Martínez Roca. Barcelona
- Senécal, Caroline & Nouwen Arie. (2000) "Motivation and Dietary Self-care in adults whit diabetes" Health Psychology. Vol. 19 no. 5 pag. 452-457
- Shapiro David. (1988) "Hacia una medicina comportamental comprensiva" Revista Latinoamericana de Psicología volumen 20 núm. 1 pág. 27-43
- Spielberger y Diaz-Guerrero. (1975) "Inventario de ansiedad: rásgo-estado." (IDARE) Editorial Manual Moderno. México
- Spielberger, C. (1980) "Tensión y Ansiedad". Editorial Harla. México
- Stanley, K. Copans, B. (1979) "Dimensions of Prenatal Anxiety and their influencias on Pregnancy Outcome". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 135 pag.15
- Tobal Miguel (1990) "La ansiedad." Guías prácticas Aguilar
- www.cipaj.org/doment61.htm
- www.psime.com.ar/ansiedd.html
- www.psypro.com/articulo1.htm

ANEXO 1

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACION _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

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

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

ANEXO 2

ATENCIÓN DE CASO CLÍNICO ESPECIAL

Nombre: Marina H. T.

Edad: 31 años

Paciente de edad aparente menor a la cronológica, consciente; se presenta con adecuado estado de aliño e higiene y buena presentación de vestimenta. Se muestra cooperadora durante la entrevista.

Se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona, con atención y concentración adecuadas, su lenguaje es coherente y congruente con el afecto, su estado de ánimo es de tristeza y aunque no se cubren los criterios para un trastorno depresivo, se detectan algunos de sus síntomas. Se observa con una conducta motora acorde con su expresión verbal. El nivel de pensamiento es concreto, observándose que la organización del flujo de ideas es de tipo circunstancial (el pensamiento avanza lentamente con muchos detalles triviales e innecesarios aunque finalmente se alcanza el punto deseado), el contenido del pensamiento depresiva. La capacidad de juicio es adecuada y de igual forma la memoria reciente y remota.

HISTORIA DEL DESARROLLO:

Con base a los datos proporcionados por los padres de la paciente durante la entrevista, se reporta lo siguiente:

Presentó un marcado retraso en su desarrollo infantil a los 18 meses de edad, tiempo en el cual no logró alcanzar el desempeño en las siguientes áreas:

- * Área adaptativa: apilar cubos, garabatos.
- * Área motriz gruesa: en la marcha caer rara vez, correr, subir escaleras sostenido de una mano, sentarse solo.
- * Área fina: volver una página de libro.
- * Lenguaje: pronunciar 10 palabras, incluyendo nombres, nombrar un dibujo.

* Personal-social: agarrar plato vacío, comer solo, en el juego llevar o abrazar una muñeca.

Estas áreas fueron dominadas aproximadamente hasta los 36 meses de edad, tiempo en el cual se esperaba una mayor madurez neuromotriz.

Presentó en su infancia enfermedades como viruela, sarampión, hepatitis, y paperas, en ocasiones presentándose temperatura mayor a los 40° y convulsiones.

Su proceso educativo inició a los 5 años al acudir al Kinder, realizó un año y posteriormente acudió a una escuela particular de educación especial a los 7 años de edad, lugar en el cual reportaba no querer ir porque los niños la agredían y no sabía defenderse, acudió aproximadamente 6 meses. Posteriormente a los 11 años acudió a una escuela de educación especial oficial hasta los 13 años, lugar donde reporta haber aprendido a leer algunas palabras y números. A los 14 años de edad recibió educación a través de educadoras especiales particulares que asistían a su casa, eran de manera irregular y no aprendió mucho. A partir de ese entonces no recibió ningún tipo de educación escolarizada o taller para desarrollar habilidades. Refieren que solo se dedicaba a las labores del hogar (lavar, planchar, cocinar, limpiar), actividades que puede realizar adecuadamente por sí misma. Los padres consideran que ellos no le han permitido mayor desarrollo social por temor a que algo le suceda en la calle, ya que no le permiten salir a ningún lado, solo con ellos. Actualmente reconocen la falta de habilidades laborales y académicas que no le permitieron desempeñar a su hija. La consideran alegre, sensible, nerviosa y que miente para obtener las cosas que desea. (por ejemplo, golosinas o no hacer la limpieza)

RESUMEN DE RESULTADOS:

MOTIVO DE CONSULTA: Los padres de la paciente solicitan la autorización de la intervención quirúrgica de la OTB para su hija Marina H. de 31 años, por considerar necesario prevenir un embarazo en ella, a quien refieren con retraso mental.

Se realizó una evaluación a través de las siguientes pruebas psicométricas:

- 1.- Wais
- 2.-Army Beta
- 3.- Bender

Así como la aplicación de Exámen Mental, Historia Clínica y del Desarrollo, en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Se encontró un C.I. inferior a 60 y posible daño orgánico. Presentó un retraso en su desarrollo infantil considerable a la edad cronológica de 18 meses tiempo en el cual no logró dominar las habilidades motriz gruesa (marcha solo, correr, subir escaleras, sentarse solo), lenguaje (nombrar 10 palabras), personal - social (comer solo), siendo que éstas áreas fueron dominadas hasta la edad de 36 meses.

Contó con poca estimulación para reforzar estas áreas y la atención escolarizada fue insuficiente para alcanzar el dominio en el aprendizaje para leer y escribir.

A la exploración del examen mental se encuentra ubicada en tiempo, espacio y persona, con atención y concentración adecuadas, su lenguaje es coherente y congruente con el afecto, con estado de ánimo de tristeza. Su conducta motora es acorde con su expresión verbal. El nivel de pensamiento es concreto, con un flujo de ideas de tipo circunstancial (el pensamiento avanza lentamente con muchos detalles triviales e innecesarios aunque finalmente se alcanza el punto deseado), capacidad de juicio adecuada de igual forma la memoria reciente y remota.

DIAGNÓSTICO:

Por lo anterior se llega al siguiente diagnóstico: Retraso Mental Leve (F70.9) en el cual se considera que el sujeto se ubica en una categoría pedagógica como "educable". Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por este trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante

los años pre-escolares (0-5 años de edad) tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia pueden adquirir conocimientos académicos que los sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, tienen la posibilidad de adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, independientes o en establecimientos supervisados.

CONCLUSIONES E INDICACIONES:

Se concluye que la paciente presenta un Retraso Mental leve en el cual cuenta con una adecuada socialización, comunicación y motricidad gruesa y fina, aunque no contó con estimulación para desarrollar otras habilidades y la insuficiente adquisición de conocimientos académicos frenó el desarrollo óptimo para su edad. Se considera que retomando estos últimos aspectos se podrá adquirir habilidades laborales adecuadas para su autonomía económica. Dado que la paciente está de acuerdo en la decisión de la OTB y tiene claridad de las implicaciones, se recomienda que se le permita participar activamente en su proceso de intervención a la par con los padres quienes dan la autorización para la intervención quirúrgica de la paciente.

INTERVENCIÓN:

PLAN:

- Sensibilizar y concientizar a los padres sobre la decisión de la OTB autorizada por la paciente.
- Concientizar a los padres que faciliten y apoyen el desarrollo académico y de capacitación para el trabajo de su hija, reforzando su autonomía.
- Brindar orientación sobre los posibles lugares para su atención pedagógica y capacitación para el trabajo.

- Manejar nuevamente con la paciente las implicaciones de la operación y su decisión.
- Brindarle apoyo psicológico a la paciente en caso que lo requiera antes o durante su internamiento en el Instituto.

CANALIZACIONES:

-*Centro de Atención Múltiple # 79 (antes escuela de educación especial)

Brindan capacitación para el trabajo en Talleres de serigrafía, cerámica, manualidades, corte y confección, belleza, electricidad, cocina. Además de sistema escolarizado les dan educación sexual, educación física y el área socio-adaptativa.

Horario: 8- 16 hrs.

Edades: de 14 años en adelante

Dirección: Anahuacalli y las Rosas s/n Sta. Isabel Tola.

Tel: 55 77 65 43

ANEXO 3

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA GRUPO RECUPERACIÓN TOTAL: RETO

RESPONSABLE: LIC. DIANA PIMENTEL NIETO.

RESIDENTE: LIC. GUADALUPE SUMAYA MARTÍNEZ.

TEMA: IMAGEN CORPORAL

OBJETIVOS: Reflexionar sobre la imagen corporal y las modificaciones física y psicológicas posteriores a una mastectomía o histerectomía debida al cáncer.

DURACIÓN: 30 minutos aproximadamente.

DINÁMICA: Al inicio de la sesión se les proporcionará a los asistentes hojas blancas tamaño carta y lápices. Se les pedirá que escriban lo que representan de manera personal los siguientes conceptos:

- 1) Cuerpo.
- 2) Mujer.
- 3) Seno.
- 4) Útero.
- 5) Feminidad.

Se comentarán las respuestas y se escribirán en el pizarrón con la intención de integrar las ideas planteadas por el grupo. Posteriormente se llevará a cabo la

exposición temática para que finalmente el grupo reflexione y obtenga conclusiones respecto su posición individual.

CONTENIDO TEMATICO: IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se puede definir como la representación mental de nuestro cuerpo. Esta imagen mental del cuerpo incluye la relación entre el cuerpo de una persona con sus pensamientos, creencias, afectos, valores y actitudes de sí mismo y la manera en que son integrados para dar como resultado la autoaceptación, es decir, aprobar y sentirse bien con lo que uno es.

La apariencia física manifiesta va a estar acompañada del representante mental del cuerpo, esto significa que la imagen corporal se va a ver afectada por la imagen real externa y la percepción interna de nuestro cuerpo. La imagen externa es fácilmente percibida por los demás mientras que la imagen interna únicamente nosotros la podemos transmitir mediante la forma en que nos relacionamos con los demás.

Un aspecto importante del cuerpo es que nos permite experimentar sensaciones y emociones intensas que pueden ser placenteras o displacenteras; también nos permite interactuar con los demás, manifestar emociones, expresar afectos, ideas, actitudes, etc., es decir, tener contacto con el mundo externo influyendo además en el mundo interno, en la percepción de sí mismo y en la identidad. (Incorporar las ideas manifiestas durante la dinámica inicial respecto al cuerpo).

Es por ello que el cuerpo proyecta una imagen de nosotros mismos, donde, junto con las emociones personales conforma a cada individuo como persona única e irrepetible.

Hasta aquí, valdría la pena planteamos dos preguntas:

- ¿Cómo me siento con mi cuerpo?

Para responder a esta pregunta es necesario hacer un contacto emocional consigo mismos y observar no solo la apariencia física externa, sino también qué

es lo que interna y emocionalmente nuestro cuerpo representa, es decir, la manera en como me siento con ello, para finalmente ver la congruencia que exista entre ambos. Esto me lleva a la segunda pregunta:

- ¿Cómo me siento conmigo mismo?

Reconocer que tanto me acepto a mi mismo o si siento rechazo, insatisfacción o incomodidad con mi propio cuerpo y por ende con mi persona.

Dimensiones de la imagen corporal.

La imagen corporal comprende tres dimensiones:

- Biológica.
- Psicológica.
- Social.

Desde la perspectiva biológica, es sumamente importante mantener el cuerpo sano proporcionándole una adecuada alimentación, ejercicio, higiene, descanso, etc. que favorezca *un estilo de vida saludable*. Todo ello permitirá prevenir enfermedades. Esta es la idea que se busca transmitir con la frase popularmente conocida como: mente sana en cuerpo sano.

El principal aspecto psicológico vinculado con la imagen corporal tiene que ver con la *identidad*. La identidad comprende un conjunto de características que una sociedad establece en un momento histórico determinado, con las influencias políticas, económicas, culturales, etc. para diferenciar a hombres y mujeres.

La identidad individual es un proceso de incorporación -mediante la transmisión de patrones a partir de la familia y del contexto sociocultural en que ésta se desenvuelve- de la creación de una condición psicoafectiva en la persona quien además de reconocer que pertenece a un sexo, se identifica con él, lo siente y lo quiere.

De esta manera, la imagen corporal es una parte de nuestro sentido de identidad, ya que nos permite ver quienes somos y lo que queremos ser.

La influencia social sobre la imagen corporal es un aspecto que puede considerarse evidente y subjetivo a la vez; esto se debe a que la influencia social

se modifica de acuerdo al momento histórico, lugar en que se manifiesta, costumbres, creencias, etc. Así, de acuerdo con las ideas y costumbres vigentes, algunas personas podrán considerarse hermosas, mientras que otras tendrán una pobre imagen de su cuerpo y se mostrarán angustiadas e incómodas por su aspecto. Lo que con esto quiere decir, es que el concepto de imagen corporal desde la perspectiva de belleza socialmente transmitido puede ser muy relativo según el grupo a que se pertenezca. Por ejemplo, en algunas culturas se valora la gordura, mientras que en la nuestra se da mas importancia a la delgadez; en otras, los pechos de la mujer son de suma importancia, mientras que en algunas culturas africanas no tienen ningún valor.

El punto importante es que pueda existir un equilibrio entre estas tres dimensiones de la imagen corporal, es decir, tener un cuerpo sano con una identidad segura y percibiendo un cuerpo bello sin presión por los cánones culturales o sociales que nos permita lograr un mejor desenvolvimiento de nuestra persona e interactuar con el mundo social.

La imagen corporal esta enormemente influida por el contexto cultural y religioso. Las distintas culturas difieren en el concepto de la buena apariencia y cual parte del cuerpo se puede mostrar. La apariencia moldea nuestra forma de ser y de actuar. En las culturas del oriente medio las mujeres tapan parte de su rostro y cabeza, mientras que en las zonas cálidas las mujeres tienden a usar ropa ligera ya a mostrar mayor parte del cuerpo.

En cuanto a los hombres, la cultura también es un factor importante para la imagen corporal, sin embargo aún en oriente medio, el hombre puede usar ropa occidental, sobre todo si viaja fuera de su país. Ya aunque no lo perciban claramente, la cultura que representan los hace sentirse "mas hombres" frente a otras.

En muchas situaciones, el hombre tiene una actitud diferente de acuerdo a los patrones culturales que lo rigen, por ejemplo: en nuestro país los hombres del campo cuando emigran a las grandes ciudades pueden sentir que su atuendo no es adecuado, y eso causa inseguridad.

MITOS

Existen algunos mitos que no son ciertos pero que se mantienen presentes cuando se toca este tema.

*Los hombres y las mujeres que son atractivos físicamente suelen tener confianza en si mismos.

*Todas las culturas tienen los mismos puntos de vista acerca de la imagen corporal y la apariencia física.

*Las mujeres se preocupan mas por su imagen corporal que los hombres.

*La apariencia de una persona expresa como es en realidad.

FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

El medio social mediante la familia es de gran importancia para la formación de la imagen corporal. Desde el momento de nacer los adultos influyen en la imagen corporal de los niños o niñas y en su sentido de identidad, esto se transmite en la forma como un niño es abrazado, tocado o mirado, la forma en que le hablan, le manifiestan si lo quieren y si es valioso. Lo anterior es muy importante para lograr una imagen corporal positiva, por el contrario, si lo desaprueban, el niño puede interpretar que es una persona deficiente o que le falta algo, que no cubre las expectativas de los demás y por lo tanto se auto-devalúa.

Es en este momento cuando el niño puede empezar a percibir que se evalúa su cuerpo a través de la interacción con los demás y conforme va creciendo va formando su individualidad con lo que quiere ser.

Infancia: Identificación con modelos que son importantes y valiosos para el niño: padres, maestros, ídolos, entre otros.

La adolescencia es un periodo de transición crítico en el que se modifica el cuerpo de manera sustancial, cambios a los que es difícil adaptarse y que implican un nuevo reconocimiento de si mismo, buscando una identidad personal hasta alcanzar su conformación en la vida adulta. A partir de este momento y dependiendo de los cuidados que tengamos, el cuerpo mantendrá por un largo

período su constitución hasta la vejez y sufriendo algunos cambios bajo circunstancias particulares como las que serán mencionadas más adelante.

Lo que se quiere decir es que la imagen corporal y su representación mental es dinámica, se modifica a través de las distintas etapas de la vida del ser humano, involucrando vivencias actuales y pasadas a lo largo de la historia del individuo, diferentes formas de actuar, de sentir y de vincularse con el mundo social dentro de un contexto determinado.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

En el contexto de nuestros cuerpos podemos cambiar muchas cosas de nosotros mismos externamente, pero muy poco podemos hacer para cambiar la apariencia de nuestros cuerpos desnudos, a reserva de someterse a cirugías plásticas. Ante tal situación lo que podemos hacer es intentar cambiar nuestros sentimientos ante lo que vemos y somos ante las circunstancias que atravesamos, es decir, reconocernos y aceptarnos, invistiendo de afecto cada parte de nuestro cuerpo.

Esto es importante no solo cuando nos reconocemos con el cuerpo que poseemos, sino también cuando nuestro cuerpo se ve afectado por alguna de las siguientes causas:

- Cambios corporales ocasionados por enfermedades o accidentes.
- Aumento o pérdida de peso por el embarazo.
- Exceso o falta de ejercicio.
- Intervenciones quirúrgicas.

Los padecimientos oncológicos, así como cualquier enfermedad que amenaza la vida, tienen un impacto sobre quien lo padece independientemente del momento y el sitio en que estos se presentan.

Ante una enfermedad como el cáncer la imagen corporal puede verse afectada ya que la mayoría de las ocasiones es necesario eliminar la zona

afectada si se desea salvar la vida, impactando tanto a nivel físico como emocional a partir de la representación que se tenga del órgano afectado.

En el caso de los genitales y senos, éstos se encuentran dotados de un gran simbolismo, por lo que su amputación tiene un innegable impacto psicológico que entre las connotaciones particulares que posee se encuentra su equivalencia con la muerte. En el caso del cáncer de mama, la mujer mastectomizada se ve confrontada ante la pérdida de un órgano que está cargado de un simbolismo particular. Ello se debe en gran parte a que en nuestra cultura, los pechos se consideran habitualmente como un símbolo de feminidad, atractivo, belleza, erotismo y sensualidad. Además, las mamas actúan como fuente de nutrición, afectividad y lazo de unión entre una madre y su hijo (maternaje) o bien como fuente de excitación sexual, no solo para si misma, sino para su pareja también.

Por su parte, el cáncer genital abarca una área que también se encuentra embestida de un gran simbolismo, en lo particular el útero y su pérdida conllevan a la mujer a una respuesta psicológica específica debido al sentido ideológico de este órgano.

El útero es considerado como un órgano necesario para el cumplimiento de los roles aceptados normalmente como femeninos, tanto en la vida personal de la paciente como en su calidad de miembro de la sociedad. Además, es un órgano apreciado como lugar de desarrollo de los futuros hijos (maternidad), como instrumento de limpieza y de pureza, como órgano sexual, como fuente de fuerza, de juventud y atractivo en la mujer y como regulador de la salud general y bienestar del cuerpo.

Por estas razones, resulta evidente que la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas y del útero puede crear numerosos problemas en la posterior adaptación psicosocial, ya que a partir de que estos determinantes se ven destruidos como consecuencia de su amputación, dejando una sensación de incapacidad, mutilación, desfiguro, infravaloración al considerarse incompleta, etc. ocasionando insatisfacción con su propio cuerpo y consigo mismas. Incluso, en ocasiones, cuando hay insatisfacción con la vida personal puede manifestarse inconformidad con la imagen corporal aun y cuando ésta no se haya visto afectada

o cuando la idea de lo que la pérdida significa es sumamente importante para la mujer. Ej. Cuando hay un deseo de reproducción o cuando se cree que se es mujer por poseer útero.

Este tipo de cirugías puede además afectar la vida sexual debido a que se percibe el cuerpo como algo no atractivo o digno de mostrarse, sintiendo rechazo por parte de la pareja e incluso por la sola idea de que la vida sexual debe concluir.

Otras consecuencias pueden llevar a desencadenar actitudes y conductas de descuido, falta de atención médica y sentimientos de ansiedad y depresión los cuales se caracterizan por los siguientes síntomas: miedo, intranquilidad, llanto fácil, irritabilidad, aprehensión, insomnio, taquicardia y tristeza entre otros.

Problemas a enfrentar.

Debido a la gran importancia que se le da a la apariencia física en nuestra cultura enfrentamos dos problemas distintos:

1. Tendemos a preocuparnos por la forma de presentarnos ante los demás, lo cual en conjunto significa la forma de vestirnos, de peinarnos y de pintarnos y dejamos de dar importancia a cosas que son relevantes para la realización personal como los proyectos y metas en la vida.

2. Lo que hay debajo de todo eso: enfrentar la realidad, nuestra apariencia cuando todos estos aditamentos se quitan y nos mostramos desnudos ante nosotros mismos y vemos nuestro verdadero sentir. Frente a esto, una de las repercusiones es evitar vernos y que otros nos vean, de ahí que en la sociedad mexicana muchas mujeres y hombres sientan temor ante la necesidad de ser examinados en una consulta médica por miedo a mostrar su cuerpo y por lo tanto evitan tales revisiones lo cual puede llevar a graves consecuencias de salud por no recibir atención oportuna.

AUTOACEPTACIÓN

Muchas personas que han padecido cambios físico debido a enfermedades o incapacidades han reaccionado de forma negativa, pero luego se han

familiarizado nuevamente con sus cuerpos y han reconquistado una imagen corporal positiva.

La clave esta en la autoaceptación (la forma en que te ves a ti mismo) en ultimo termino, la gente responderá mas a su personalidad que a la idea que tengas de cómo te ven los otros.

La confianza y seguridad sobre tu cuerpo es parte esencial de tu imagen corporal.

El autoaceptarse es un factor clave en la imagen corporal, es abrirse a la posibilidad de responder a mi forma de ser, a mi personalidad, es la firme convicción de quien soy y como soy, aunque de alguna manera se esta inmerso en un medio social en el cual nuestra apariencia física y la imagen corporal.

ANEXO 4

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA GRUPO RECUPERACIÓN TOTAL: RETO

Responsable: Psic. Diana Pimentel Nieto

Residente: Psic. Guadalupe Sumaya Martínez

Tema: ASERTIVIDAD

Objetivos: Reflexionar acerca de la asertividad en las relaciones interpersonales o en la vida cotidiana.

Dinámica: Exposición temática

Guías de Análisis y Reflexión Final

ASERTIVIDAD

En las relaciones interpersonales un elemento importante es el poder expresar nuestras opiniones o sentimientos de manera adecuada, con honestidad, sin agresión ni pasividad, esto significa ser asertivos. Al lograr este objetivo se tendrá una mayor satisfacción personal y así una comunicación clara y abierta, evitando así confusiones que suelen originar problemas.

CONCEPTO:

La Asertividad es una característica personal e individual que nos permite expresar directa y adecuadamente nuestras opiniones y sentimientos (tanto

positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales. (Carrobles, 1979)

La asertividad consiste en transmitir directa y adecuadamente lo que uno piensa, quiere y siente, de manera honesta, oportuna y respetuosa y así lograr una comunicación satisfactoria. Es también una habilidad que implica saber decir "sí" o "no" de acuerdo con lo que realmente se quiere decir, considerando los límites respecto a los demás y así evitar conflictos.

Hablar de asertividad se vincula con la autoestima, ya que depende del grado de valor que otorguemos a nuestra persona para poder hacer valer nuestros derechos o defender las opiniones propias. Una persona asertiva cuenta con las siguientes características:

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA ASERTIVA:

- Se respeta a sí misma y respeta a los demás
- Es directa y honesta
- Toma decisiones por voluntad propia
- Acepta sus errores y sus aciertos
- Sabe decir no y utiliza sus capacidades con gusto, no siente vergüenza de usarlas
- Sabe escuchar
- Puede madurar, desarrollarse, desenvolverse y tener éxito, sin resentimientos
- Permite que otros maduren, se desarrollen y tengan éxito.

Para lograr lo anterior, ser asertivos, es necesario lo siguiente:

MEJORAR LA AUTOESTIMA: La asertividad implica defender siempre los derechos propios sin agresividad, considerándolos tan importantes como los de las demás personas, por lo tanto una alta autoestima nos permitira afrontar las adversidades y lograr los objetivos que se contemplen.

LA PERSISTENCIA: Insistir en lo que se piensa o desea, sin enojarse o apenarse debido a que otros piensen diferente.

ACEPTAR ELOGIOS Y CRITICAS RAZONABLES: Escuchar el punto de vista de los demás, ya sean elogios o críticas, con una actitud serena para aprovechar en beneficio propio los elementos razonables.

PROPONER ALTERNATIVAS: Considerando los tres puntos anteriores, cuando no haya un acuerdo inicial buscar creativamente una posibilidad adecuada para conciliar diferentes intereses y formas de pensar.

La asertividad se inicia identificando lo que se siente, piensa y quiere (ya sean aspectos positivos o negativos) y que nos lleven a expresarlos adecuadamente siendo específicos en lo que queremos y no interpretar los mensajes de los demás y si existe una conducta poco cooperadora o razonable de los demás, es importante defenderse sin agresión o pasividad, ya que esta forma de interactuar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés en la vida o en caso contrario, si se logra tener una adecuada comunicación asertiva tendremos unas relaciones interpersonales cordiales y satisfactorias.

Es importante distinguir cual es la conducta que habitualmente tenemos frente a nuestras relaciones interpersonales o en nuestra vida cotidiana. Se han agrupado en 3 rubros que son los siguientes:

CONDUCTA ASERTIVA O SOCIALMENTE HÁBIL:

Es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos, además del respeto hacia las otras personas y sus necesidades. Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes; pero su objetivo es favorecer las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.

CONDUCTA PASIVA:

Es la transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacer caso. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada, sin percatarse que con sus actos también manipula la situación, además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas. Después de varias situaciones en las que un individuo no ha sido asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de la otra persona es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

CONDUCTA AGRESIVA:

Significa la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye

ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. La conducta agresiva puede traer como resultado a corto plazo consecuencias aparentemente favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contraagresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante. Las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas y propicia a una mala interpretación en la cual la explicación que se da es de manera complicada, sin claridad, sencillez y sin conocimiento de lo que realmente ocurre, además la falta de compromiso se refiere a no poner el corazón en lo que cada uno realiza.

Por lo tanto, podemos observar que la conducta asertiva es la más adecuada y esperada en nuestra vida social y que es necesario establecer algunas estrategias para llevarla a cabo:

- Tener un buen concepto de sí mismo. Mucha gente no es asertiva porque carece de autoestima. Es importante recordarse a sí mismo que

se es tan importante como los demás y tomar en serio las propias necesidades.

- Planificar los mensajes. Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación, confeccionando notas de referencia si la situación lo permite. Esto ahorra tiempo, produce confianza y puede disminuir la intimidación por parte de los demás.
- Ser educado. Enfadarse provoca confusión en uno mismo y hace que los demás vean al individuo débil, histérico y con una baja credibilidad. Hay que recordar que se deben tomar en consideración los puntos de vista de los demás y comunicarles que se entiende su punto de vista. Negar o ser testarudo no suele funcionar a largo plazo. Es mejor guardar la calma y educada, pero firmemente, exponer la opinión propia.
- Guardar las disculpas para cuando sean necesarias. No se debe pedir excusas, a menos que sea necesario hacerlo. Si se reservan las disculpas para cuando sean apropiadas, no se disminuirá ni su valor ni el propio, y los demás tomarán al individuo en serio para otros asuntos.
- No arrinconar a los demás. El hecho de hacer esto habitualmente provocará cólera y resentimiento, lo cual siempre dificulta las relaciones. Si uno se quiere asegurar la cooperación de los demás, siempre se les debe proporcionar, cuando sea posible, una salida (con suerte, la salida que uno desea) y se deben esbozar las consecuencias constructivas de tal alternativa para los demás y para uno mismo.
- No recurrir a las amenazas. Si se responde a cualquier injusticia con fuertes amenazas, la credibilidad y la cooperación que se pretenden desaparecerán. Una afirmación tranquila de los pasos que se está dispuesto a seguir es mucho más eficaz. También si se afirma que se seguirán una serie de pasos, hay que asegurarse de hacerlo, para que así las respuestas de uno sean tomadas en serio en el futuro.
- Aceptar diferencias cuando sea necesario. La aserción comporta comprensión cuando las acciones subsiguientes no son constructivas, aceptando la derrota con elegancia, en buenos términos con el otro. Los

malos sentimientos saldrán más tarde. Si se le ve aceptar situaciones cortésmente tras una discusión, la gente le respetará más. A nadie le gusta ser un mal perdedor.

Para llegar a ser una persona asertiva se necesita poner en práctica a partir de hoy, lo siguiente:

- 1.-Externar los sentimientos de una forma espontánea.
- 2.-Acompañar las frases con expresiones corporales adecuadas
- 3.-Contradecir directamente
- 4.-Utilizar en lo posible la palabra "yo"
- 5.-Al recibir un elogio reconocerlo, aceptarlo y gozarlo
- 6.-Preguntar ¿por qué? Y no solo escuchar durante una conversación
- 7.-Mirar a los ojos al dirigirse a cualquier persona
- 8.-Procurar siempre hacer y lograr lo que realmente se desea.

CONCLUSIONES:

Hay que reconocer que todos tenemos derecho a :

- 1.Ser el juez final de mi comportamiento, siempre que no afecte a otros y ser responsable de las consecuencias de esto.
- 2.Tener sentimientos y expresarlos en forma que no violen la dignidad de otras personas
- 3.Ser tratado dignamente y con respeto
- 4.Darme tiempo para decidir hacer algo o no hacerlo y aceptar las consecuencias
- 5.Cambiar de punto de vista u opinión
- 6.Decir "no lo se"
- 7.Sentirme feliz, cansado, simple deprimido y solitario
- 8.Mostrarme tal cual soy sin tener la necesidad de agradar a todos
- 9.Pedir cualquier cosa, siempre que reconozca en los demás el derecho a decir si o no.
- 10.Buscar una relación recíproca

11. Decir "no entiendo"
12. Decir "no me interesa"
13. Tener privacidad, tiempo y espacio para mí.
14. Expresar mis opiniones, cualquiera que sean.

DINAMICA:

Al finalizar la exposición se realizará una dinámica de discusión en la cual se expondrán las reflexiones, tomando como guía las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué tan asertivos creen que son?
- 2.- ¿Qué habilidades de las que se mencionaron creen que ustedes necesitan?
- 3.- ¿En que casos se les ha dificultado hacer valer sus derechos?
- 4.- ¿Han sentido que los participantes del grupo RETO son honestos unos con otros?
- 5.- ¿Se sienten en confianza, rechazados, etc.?
- 6.- ¿Les gustaría cambiar de conducta por una más asertiva y como creen que puedan lograrlo?
- 7.- ¿Que beneficios creen que puedan obtener al ser asertivos?
- 8.- Dar algunos ejemplos de su vida cotidiana o en el hospital, que requieren ser más asertivos.