



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES
DERIVADAS DEL ASMA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS EN EL INER**

Nombre del sustentante:

ARANEL DE JESÚS ARREDONDO PANTALEÓN

Opción de Titulación:

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Nombre de la Directora del IPSS:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



**® Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, D.F. abril, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM. 114
2009

M.
TPs.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Etelvina y Marco Antonio, por su amor, esfuerzo, desvelos y dedicación, por su apoyo y ejemplo de responsabilidad y entereza, por ser la luz de mi existencia, no permitir que cayera en los peores momentos, y ser el soporte invaluable en el que siempre he podido apoyarme. Los amo.

A mi hermana Karol (Peque, mi otra lucecita), por su apoyo, por el ánimo en los tiempos difíciles y ser partícipe de mis sueños. La amiga incondicional que cambió mi vida desde que llegó hace 19 años. ¡Te quiero con todas mis fuerzas Engendrita!

A quienes ya no están físicamente: Mi abuela, Doña Fidela Navarrete Jaramillo (in memoriam), quien deseaba que llegara este momento, y sé que su amor y legado aún nos acompañan, porque nunca la olvidaré. La profesora Mayra Romero (in memoriam), quien fue parte de mi camino y con sus enseñanzas me mostró más que números y letras: el amor a la vida. A: F, J y G, por su invaluable amistad, los extraño.

Mis tíos: Laura, Mary, María y Jorge, por apoyarme y compartir conmigo los momentos más especiales. A mis primos: Mary Jose y Héctor, quienes además, son mis amigos y mis hermanos. Los quiero a todos y mil gracias los maravillosos momentos a su lado.

A mi familia de la Facultad: Clau, Karen, Mimí e Yvonne, amigas verdaderas e incondicionales que durante cinco años me demostraron día con día su sinceridad, confianza y convirtieron mi paso por CU en una experiencia aún más bella: sin ustedes no hubiera sido igual. A todos los amigos que encontré durante este tiempo: ¡los quiero y admiro colegas! GRACIAS.

Especial agradecimiento a la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, el Dr. Arturo Martínez Lara y la Lic. Araceli Mendoza Ibarrola: su apoyo fue más allá del desarrollo de este trabajo: me hicieron sentir respaldada y acompañada durante las circunstancias más difíciles, aprendí mucho gracias a ustedes. Mi afecto y admiración.

Al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por mostrar su interés en este trabajo. A mis pacientes por el aprendizaje de vida que me otorgaron.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme sus puertas, ser mi segundo hogar y el lugar en donde se han cumplido mis sueños desde hace casi 9 años, ya que del CCH Oriente hasta la Facultad de Psicología mi paso por esta institución ha sido una experiencia maravillosa, llena de cosas hermosas y aprendizaje que va más allá de la Psicología: he aprendido a ser un mejor ser humano. Ser Universitario se lleva en la sangre y se tatúa en la piel toda la vida. Gracias también a mis profesores por compartir conmigo su sabiduría y enseñanzas.

A la Psicología por elegirme para estudiarla, amarla y entregarle mi pasión infinita a esta noble y hermosa profesión que día a día me entrega grandes enseñanzas y satisfacciones, porque es y será mi vida y porque jamás la cambiaría por ninguna otra. Éste es tan sólo el comienzo...

Por mi raza hablará el espíritu.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	3
2. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	5
2.1 Datos históricos.....	6
2.2 Visión.....	7
2.3 Misión.....	7
2.4 Valores.....	8
3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	9
3.1 Trabajo en grupo con pacientes.....	10
3.2 Entrevista psicológica con la progenitora o tutora.....	16
3.3 Trabajo individual con pacientes de Consulta Externa.....	20
3.4 Intervención individual.....	21
3.5 Trabajo en grupo con las mamás.....	21
3.6 Pase de visita.....	22
3.7 Curso de inducción para Residentes de nuevo ingreso.....	23
3.8 Actividades administrativas.....	24
4. OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	26
4.1 Objetivo general del programa de intervención.....	27
4.2 Escenario.....	28
4.3 Población.....	28
4.4 Actividades que conforman el programa de intervención psicológica.....	29
4.4.1 Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de pláticas informativas.....	30
Carta descriptiva.....	32
4.4.2 Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de medios visuales impresos.....	34

4.4.3 Apoyo psicológico individual.....	35
4.5 Duración estimada del estudio.....	44
4.6 Evaluación del impacto del programa e instrumentos a utilizar.....	44
4.7 Tipo de investigación según sus riesgos.....	49
4.8 Consideraciones éticas del Programa de Intervención.....	49
5. SOPORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	51
6. RESULTADOS OBTENIDOS.....	102
7. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
ANEXOS.....	116

RESUMEN

El Asma es un trastorno crónico-degenerativo cuya prevalencia varía del 1 al 30%. En el INER se prestó el Servicio Social en el Servicio de Neumología Pediátrica durante el período 1º de febrero – 1 de agosto de 2008, realizando las siguientes actividades: trabajo en grupo con pacientes, entrevista psicológica a las madres, trabajo con pacientes de Consulta Externa, intervención individual con pacientes, trabajo en grupo con las progenitoras, pase de visita, actividades administrativas y el curso Imagen y Calidez. El presente trabajo se basa en las repercusiones físicas y psicológicas del Asma y en él se propone un programa de intervención psicológica para prevenir complicaciones derivadas del Asma en pacientes hospitalizados a partir de los 8 años de edad y familiares de todos los diagnosticados con dicho trastorno, ofreciéndoles herramientas de afrontamiento ante la enfermedad. El programa se divide en 3 rubros: a) pláticas informativas con los temas: Asma, identificación de crisis, variables psicológicas implicadas, Redes de Apoyo y Relación Profesional de la Salud- Paciente, b) Medios visuales impresos que contendrán la información resumida de las pláticas y c) Intervención psicológica individual. Implicaciones: Se busca abrir camino a la Psicología para contribuir al tratamiento integral de un padecimiento crónico-degenerativo, favoreciendo una mejora en la calidad de vida del paciente y su entorno, así como el control de la enfermedad, disminuyendo las posibilidades de nuevas hospitalizaciones en los pacientes abordados durante el estudio. Palabras clave: **Asma, Intervención psicológica, Control de Síntomas, Perspectiva biopsicosocial.**

ABSTRACT

The Asthma is a chronic-degenerative upheaval whose prevalence varies from the 1 to 30%. In the INER one the Social Service in the Service of Paediatric Neumology was lent during the period 1º, February – 1º, August, 2008, realising the following activities: work in group with patients, psychological interview to the mothers, individual intervention with patients, work in group with the mothers, visit, administrative activities and the course "Imagen y Calidez". The present work is based on the physical repercussions and psychological of this suffering and in him a program of psychological intervention sets out to prevent complications derived from the Asthma in patients hospitalized as of the 8 years of age and family with all the diagnosed with this upheaval, offering to them facing tools before the disease. The program is divided in 3 headings: a) informative talks with the subjects: Asthma, implied identification of crisis, psychological variables, Networks of Support and Patient Medical Relation, b) Average printed lines of vision that will contain the summarized information of talks and c) individual psychological Intervention. Implications: One looks for to lay way to Psychology to contribute to the integral treatment of a chronic-degenerative illness, favouring an improvement in the quality of life of the patient and its surroundings, as well as the control of the disease, falling the possibilities of new hospitalizations in the patients boarded during the study.

Key words: **Asthma, psychological Intervention, Control of Symptoms, biopsicosocial Perspective**

1.

**DATOS GENERALES DEL
PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

NOMBRE: Intervención del Psicólogo Clínico en problemas de salud mental con pacientes pediátricos en Neumología.

PERÍODO DE PRESTACIÓN: 1º de febrero – 1º de agosto de 2008.

SEDE: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Ismael Cosío Villegas" (INER).

ÁREA: Departamento de Psicología del Servicio de Neumología Pediátrica.

OBJETIVO: Poner en práctica los conocimientos de la Psicopatología Infantil y de la adolescencia.

METAS: Cubrir el 100% de atención a pacientes de Consulta Externa.

Cubrir el 100% de intervención en Salas de Hospitalización de la Unidad.

Cubrir el 100% de Intervención en Crisis (pacientes y padres).

2.

**CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y
DEL PROGRAMA DONDE SE
REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL**

2.1 Datos históricos:

- El Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco se inauguró el 31 de diciembre de 1935.
- Hasta 1950 se centró en el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.
- En 1966 cambió su nombre a Hospital para Tuberculosos de Huipulco.
- En 1969 se transformó en Hospital para Enfermedades Pulmonares.
- En 1975 cambió a Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares.
- En 1982 se descentralizó y se transformó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- En la actualidad se rige por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, que fue publicada el 26 de mayo del año 2000.
- El Consejo de Salubridad General le otorgó la primera Certificación en el año 2000 y su recertificación para el período 2005-2008 (Del Villar, 2007).

El INER es un organismo público descentralizado, dependiente del gobierno federal, que se dedica a la Investigación, la Enseñanza y la Atención Médica sobre padecimientos relacionados con las vías respiratorias (Cano, 2007).

Se trata de una institución de salud pública de tercer nivel, es decir, de alta especialidad, que atiende a personas con padecimientos de la vía aérea graves o complicados. Acuden personas provenientes de toda la República y de cualquier nivel socioeconómico, sin embargo, está dirigido principalmente a pacientes de bajos recursos (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2008). Desarrolla investigación y programas de educación para preparar a profesionales de diferentes disciplinas de la salud.

La Institución cuenta con especialistas en Neumología, Neumología Pediátrica, Cirugía de Tórax, Psiquiatría, Estomatología, Cirugía Maxilofacial, Odontología, Trastornos del sueño, Otorrinolaringología, Rehabilitación Respiratoria, Medicina

Nuclear, Imagen, Laboratorios Clínicos y de Microbiología, Patología, Banco de Sangre, Cardiología, Nutrición, Medicina Interna, Alergología, Enfermería, Trabajo Social, Pedagogía y Psicología, por lo que su enfoque es interdisciplinario.

El área de Neumología Pediátrica, que es donde se realizó el Servicio Social, atiende pacientes de edades que oscilan entre 1 mes y 15 años de edad, y cuyos padecimientos más frecuentes son: Asma, Neumonías, Trastornos respiratorios diversos, Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, Malformaciones Congénitas del Sistema Circulatorio, otras enfermedades del Estómago-esófago duodeno, Malformación Congénita Broncopulmonar, Enfermedad Pleural, Cuerpo Extraño, Estenosis de la vía aérea, Tuberculosis, Apnea Obstructiva del Sueño, Trastornos que afectan el mecanismo de inmunidad, Fibrosis Quística, VIH/SIDA, efectos de la contaminación ambiental en la vía aérea, entre otros.

Esta área trabaja de forma interdisciplinaria con Servicios Interconsultantes y Clínicas de la Institución, entre los que se encuentra el Instituto de la Familia A.C (IFAC), con el que existe un convenio y desde el año 2000 ha sido la Institución encargada de proporcionar la Terapia Familiar a los pacientes de Neumología Pediátrica enviados por parte del área de Psicología (Del Villar, 2007).

2.2 Visión

Ser una institución que por medio de la investigación contribuya a mejorar la calidad de la atención a la salud respiratoria en un marco de humanismo y rigor científico que permita la formación de recursos humanos de excelencia, y ser vanguardia internacional en su campo.

2.3 Misión

Contribuir a mejorar la salud respiratoria de los individuos y comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

2.4 Valores

- Ética
- Honestidad
- Responsabilidad
- Compromiso
- Lealtad
- Humanismo

**Para ver croquis del INER, dirigirse al Anexo 1*

3.

***DESCRIPCIÓN DE LAS
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL
SERVICIO SOCIAL.***

3.1 Trabajo en grupo con pacientes

Los lunes y jueves el equipo de Psicología trabajaba en grupo con los pacientes preescolares, escolares y adolescentes en el horario de 11:00 a.m. a 12:00 p.m. aproximadamente, tiempo en el cual se efectuaba lo siguiente:

- A la hora mencionada se le solicitaba a la pedagoga del Servicio de Neumología Pediátrica que reuniera a los niños en su salón.
- Cuando los pacientes se encontraban listos, llegaba el equipo, se presentaba con los nuevos pacientes y preguntaba sus nombres, mientras que a los ya conocidos se les preguntaba acerca de su evolución.
- En la **1ª sesión** se buscaba sensibilizar a los pacientes de reciente ingreso ante la hospitalización preguntando si sabían por qué se encontraban internados, a lo que generalmente respondían que se debía a que estaban enfermos; asimismo, se buscaba introyectar la idea de que la permanencia sería temporal, pero que la duración dependía de que siguieran todas las indicaciones del personal de salud (Adherencia Terapéutica), además se les preguntaba qué harían cuando se reincorporaran a sus actividades normales, retroalimentándolos al respecto.
- Cuando algún paciente de nuevo ingreso se mostraba ansioso o temeroso con relación a la hospitalización se solicitaba el apoyo de los pacientes con mayor tiempo de estancia para que les comentaran su experiencia dentro del hospital, esto, para disminuir su nivel de incertidumbre y ansiedad, favoreciendo la interacción entre ellos como una forma de fomentar las Redes de Apoyo Primarias dentro del INER.
- Después de llevar a cabo la sensibilización, se les aplicaba el **Test Casa, Árbol, Persona (H T P, por sus siglas en inglés: House, Tree, Person;** Hammer, 2004): Se trata de un test grafoproyectivo que permite al aplicador conocer la autoimagen del examinado, así como su visualización del entorno, en términos tanto de preferencias como de hostilidades.

Para su administración se utiliza un lápiz del número dos, una goma y cuatro hojas blancas, presentando una a la vez, solicitándole que dibuje los estímulos siempre en el siguiente orden: casa, árbol, persona; explicando que no será calificada la estética del dibujo, que puede agregar los elementos que desee y que puede tomarse el tiempo que necesite; además se le permitirá borrar (Hammer, 2004). Finalmente, se le pregunta al examinado la edad de su árbol y si está vivo o muerto.

El árbol, la casa y la persona son ítems familiares a personas de todas las edades y culturas, y cuentan con la ambigüedad necesaria para lograr que el examinado pueda proyectarse en ellos, pues ésta, junto a su carencia de estructura convierten al H T P en una técnica clínica que puede considerarse un instrumento proyectivo (Hammer, 2004).

Casa: El dibujo de la casa representa por una parte, la autoimagen del examinado, en el que se permite analizar el Yo, el contacto del paciente con la realidad, y por ende el grado en el que se rige por la fantasía; y por otro lado conocer la percepción del examinado con respecto a su situación familiar a lo largo de su vida, así como su visualización a futuro dentro de dicho contexto (Hammer, 2004).

Árbol: Este ítem muestra la autoimagen del examinado respecto a su contacto con el ambiente, la percepción de su propia fuerza yoica, así como las aptitudes que percibe tener para lograr sus objetivos y obtener satisfacciones del medio (Buck, citado en Hammer, 2004).

Persona: El dibujo de la persona puede representar: a) autorretrato, b) ideal del Yo y/o c) la representación de personas significativas para el examinado (Hammer, 2004).

- **2ª Sesión:** La segunda ocasión en que se trabajaba con el paciente, y por lo tanto ya se le había aplicado el test H T P durante la sesión anterior, se le aplicaba el **Test del Animal** (Levy, s-f, citado en Hammer, 2004): Se trata de un test grafoprojectivo

en el que se solicita al examinado que en una hoja blanca dibuje un animal, el que él desee, explicándole que puede borrar si lo necesita, y que al finalizar redacte una historia o cuento acerca de ese animal.

El interés consiste en conocer las proyecciones del paciente a través de las características propias del animal que dibuja, pues en éste plasma sus características de personalidad y estructura yoica más abiertamente, pues dibuja algo distinto al ser humano (Hammer, 2004).

- **3ª Sesión:** Durante la tercera sesión que el paciente trabajaba con el equipo de Psicología y ya se le habían aplicado las primeras dos pruebas en las anteriores ocasiones, se le solicitaba que hiciera un **Dibujo Libre**, incorporando todos los elementos que deseara, y que al reverso redactara una historia relacionada con su dibujo. Al finalizar la sesión, el dibujo se interpretaba con base en su historia y los componentes que conformaran su trabajo.

-**Independientemente del número de sesión**, en el caso de aquellos pacientes que presentaban una problemática familiar severa referida por el equipo de salud o detectada durante la entrevista, se les aplicaba la **Prueba del Dibujo de la Familia** bajo la forma de aplicación de Luís Corman (1967). Es la familia, el sistema en el que el niño comienza a desarrollar vínculos a través de los cuales establece su primer contacto con el medio ambiente, por lo que ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teórico-metodológicas, tales como la entrevista, seguimiento de caso, pruebas grafoproyectivas, etc.; sin embargo, independientemente de la perspectiva, todas comparten la concepción del síntoma del niño enfermo como una afección común a todos los miembros del sistema familiar (Esquivel, Heredia y Lucio, 1999).

El Test de la Familia o Prueba del Dibujo de la Familia de Luís Corman (1967, citado en Esquivel et al. 1999), constituye un instrumento grafoproyectivo destinado a la práctica psicológica y médico-pedagógica para realizar el diagnóstico familiar. Para

su aplicación se requiere una hoja blanca tamaño carta y un lápiz, que se le entregan al examinado. La consigna que propone el autor es *"dibuja a una familia que tú imagines", "dibuja una familia" o "imagina una familia y dibújala"*, agregando *"Dibuja todo lo que quieras, así como animales y objetos si lo deseas"*. Al terminar, se prosigue haciendo un interrogatorio: *¿Dónde están?, ¿Qué hacen ahí?, ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?, ¿Cuál es el menos bueno?, ¿Cuál es el más feliz?, ¿Cuál es el menos feliz?, ¿Por qué?, Y tú en esta familia ¿a quién preferirías?, Uno de ellos se portó mal, ¿Quién es?, ¿Qué castigo tendría?, y se finaliza preguntando: ¿Quién serías tú, suponiendo que formarás parte de esta familia?* (Esquivel et al. 1999).

Se considera que dada la amplitud de la consigna, existe una mayor libertad de proyección, pues tiende a alejar la atención del niño de su propia familia, tomando en cuenta su necesidad de libre expresión, así, el dibujo es un medio que permite esta libertad, siendo el Dibujo de la Familia un instrumento que permite al examinado proyectar las tendencias reprimidas en el Inconsciente y revelar los sentimientos hacia los suyos de acuerdo con Corman (1967), quien además sugiere que: *"la ambigüedad de la consigna permite que el examinado dibuje a su familia como es en la realidad, su ideal de familia, la familia fantaseada como producto del deseo inconsciente o bien, la familia concebida según los cánones impuestos por el Súper Yo, sin considerarlo necesariamente un desvío de la realidad"*.

Cuando se interpreta el Dibujo de la Familia debe tomarse en cuenta la etapa del desarrollo físico en que se encuentra el examinado, así como la fase del desarrollo emocional vista desde la perspectiva psicoanalítica. En este instrumento se manifiesta la dinámica triangular en la que el sujeto se desarrolla, por lo que la dinámica Edípica adquiere una importancia considerable (Esquivel et al. 1999).

Otro aspecto a tomarse en cuenta para efectuar la interpretación es el enfoque Estructural sobre la familia (Minuchin, 1968, citado en Esquivel et al. 1999), que la considera una estructura de sistema abierto que funciona como un todo, y por tanto

las conductas de sus integrantes se encuentran interrelacionadas. El sistema familiar funciona mediante subsistemas, que son los individuos que la conforman, y cada uno, a su vez, pertenece a otros subsistemas distintos a los que se incorpora en diversas relaciones complementarias. Una organización en subsistemas marca límites que deben ser claros y que permiten proteger la diferenciación del sistema, así como establecer reglas que determinan quiénes participan y la forma en que lo harán. En el sistema familiar también existe una jerarquía de poder en la que padres e hijos tienen diferentes niveles de autoridad y funciones (Esquivel et al. 1999).

De acuerdo con Minuchin (1968, citado en Esquivel et al. 1999), los principales subsistemas en una familia son los siguientes:

Subsistema Conyugal: Dos adultos se unen para formar una familia, por lo que adquieren obligaciones y deben desempeñar tareas que son vitales para que ésta funcione. Además deberán ceder una parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia, y establecer límites claros que protejan al subsistema de la intrusión de terceros (Esquivel et al. 1999).

Subsistema Parental: Consiste en la crianza de los hijos. El uso –no el abuso– de la autoridad se vuelve importante, pues, según Minuchin (Esquivel et al. 1999): “*los padres no podrán desempeñar sus funciones a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo*”. Se trata de un subsistema en el que existe la diversidad, pues puede constituirse de formas distintas, sin ser una condición necesaria el que ambos padres se encuentren presentes, ya que otras figuras como abuelos, tíos, o incluso hermanos mayores pueden desempeñar las funciones propias del subsistema si uno de ellos se ausenta permanentemente.

Subsistema Fraterno: El niño se relaciona con sus iguales aprendiendo a negociar, cooperar, compartir y competir (Esquivel et al. 1999).

La familia es un sistema abierto, por lo que se mantiene en una permanente

interacción con el entorno, siguiendo las normas y valores vigentes en el contexto *sociohistóricocultural* en el que se desenvuelva, por lo que éstos determinan las condiciones y modo de interactuar que adoptarán los integrantes (Minuchin, 1968, citado en Esquivel et al. 1999).

Interpretación de la prueba del Dibujo de la Familia:

La interpretación del Dibujo de la Familia se realiza con base en cuatro planos: gráfico, estructural, del contenido o interpretación clínica, e interpretación psicoanalítica, mismos que a continuación se describen:

- 1- *Plano gráfico:* Corresponde al análisis de la fuerza, ritmo, ubicación, y dimensión del dibujo.

- 2- *Plano estructural:* Como su nombre lo indica, se relaciona con la estructura del dibujo, que puede ser de 2 tipos: *sensorial*, caracterizado por líneas curvas y dinámicas, dibujadas comúnmente por personas sensibles al ambiente y espontáneas; mientras que el otro tipo es el *racional*, cuyas líneas son estereotipadas y angulosas; existe poco movimiento en la figura, y suelen ser dibujadas por niños inhibidos y apegados a las reglas (Esquivel et al. 1999).

- 3- *Plano del contenido o interpretación clínica:* En el Test, el niño tiene la posibilidad de crear su dibujo, lo cual le permite representar en él a su núcleo familiar de acuerdo con su perspectiva, lo que permite que las defensas actúen de forma más activa, por lo que podrá alterar su realidad, dominando las circunstancias, lo que dará a conocer la valoración o devaluación que le otorga a cada integrante de su familia, las rivalidades, alianzas, hostilidades, necesidades afectivas o de atención, así como su nivel de adaptación e integración a la vida familiar (Esquivel et al. 1999).

4- *Interpretación psicoanalítica*: Según Luis Corman (1967, citado en Esquivel et al. 1999), en la mayoría de los dibujos no se representa a la familia tal cual, sino que se realizan deformaciones considerables mediante las que se muestran los sentimientos más íntimos del paciente. Es necesario conocer la información clínica, fundamentalmente la concerniente a la familia para que el dibujo adquiriera su significado pleno y se ubiquen los resultados dentro de dicho contexto.

Cuando la representación de la familia es objetiva, se dice que opera el principio de la realidad, mientras que en el opuesto, hay casos en los que prevalece la subjetividad, los miembros de la familia no muestran a los integrantes con sus rasgos propios, sino que son deformados mediante los afectos y hostilidades experimentadas por el sujeto (Corman, 1967).

- Continuando con la descripción del trabajo en grupo con los pacientes, después de terminar la aplicación del instrumento correspondiente, a quienes eran dados de alta se les ofrecían comentarios de buenos deseos por parte de todo el grupo.
- Finalmente, al salir del salón se interpretaban las pruebas.

3.2 Entrevista Psicológica con la progenitora o tutora

- Se citaba en el Servicio de Psicología a la progenitora, o en el caso de los pacientes que no contaran con ella, a la tutora o cuidadora, que solía ser una abuela, hermana mayor o tía. Usualmente la ausencia de la madre se debía a su fallecimiento o abandono.

Por lo general las entrevistas se llevaban a cabo en las siguientes situaciones:

- Cuando el niño hospitalizado se encontraba diagnosticado con Asma, debido a los componentes psicológicos implicados en esta

enfermedad. En el área de Psicología del Servicio de Neumología Pediátrica este padecimiento es abordado desde una perspectiva psicosomática.

- Cuando mediante la observación del comportamiento, los resultados de la interpretación de los instrumentos aplicados, la expresión de las emociones o ideas, el equipo de salud detectaba la posibilidad de que el paciente presentara algún trastorno psicológico no tratado (por ejemplo: rasgos depresivos, trastornos de aprendizaje o lenguaje).
 - Cuando se reportaba una problemática familiar severa (por ejemplo, violencia intrafamiliar).
 - Cuando se reportaba que los padres o cuidadores incurrieran en una conducta disruptiva **durante la estancia intrahospitalaria** (por ejemplo, actitud agresiva o violenta hacia el paciente o el equipo de salud).
 - Cuando existía abandono o defunción de alguno de los progenitores.
 - Cuando los médicos de Consulta Externa refieren a los pacientes con características familiares o individuales que ameritan atención psicológica.
- Cuando la persona citada ya se encontraba en el Servicio se le realizaba la entrevista psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría que consiste en una entrevista semiestructurada que explora los siguientes rubros:

Historia del Desarrollo

- Datos familiares (ocupación, familiograma, lugar de origen, religión, escolaridad).
- Datos del padecimiento actual
- Embarazo
- Nacimiento
- Alimentación

- Sueño
- Esfínteres
- Lenguaje
- Motricidad
- Desarrollo sexual
- Personalidad
- Patrones de juego
- Disciplina
- Historia escolar
- Relaciones interpersonales

Estudio de los padres

- a) Descripción física e impresiones
- b) Descripción de la historia
 - 1) Relaciones con la familia
 - 2) Desarrollo personal posterior
 - 3) Historia escolar
 - 4) Historia laboral
 - 5) Historia médica-psiquiátrica
 - 6) Orientación sexual
 - 7) Noviazgo
 - 8) Relación marital

Exploración psiquiátrica del paciente

1. Apariencia
2. Relación con los padres
3. Relación con el entrevistador
4. Lenguaje verbal
5. Conducta motora

6. Afecto
 7. Vida mental
 8. Nivel intelectual
 9. Sentido de realidad
 10. Conciencia de enfermedad
 11. Motivación
 12. Manifestación de las actitudes
 13. Resumen de los datos significativos de la historia del desarrollo
 14. Desarrollo físico
 15. Formulación
- a. Conflictos mayores del paciente
 - b. Conflictos de interacción con el ambiente
 - c. Organización de la personalidad
 - d. Grado de ansiedad y formas en las que es manejada
 - e. Defensas que utiliza
 - f. Diagnóstico (APA, OMS)
 - g. Pronóstico
 - h. Recomendaciones
 - i. Plan de tratamiento

En lo personal, agregaba una breve presentación además de preguntarle a la mamá cómo evolucionaba el niño, cuáles eran las emociones que ella experimentaba, le explicaba la razón de la cita y le comentaba que la información manejada sería de carácter confidencial y que su uso tenía la finalidad de ofrecer una atención integral al paciente. Buscaba que el trato con la entrevistada fuera amable y empático.

Al finalizar se le proponía asistir a Terapia Familiar y se le pedía su teléfono. Asimismo, se dejaba abierta la posibilidad de que al comentarse el caso con el equipo de Psicología se pudiera encontrar algún problema psicológico en el paciente que requiriera atención especializada, por lo que la progenitora era sensibilizada ante dicha situación, expresándole que pese a lo común de sentir

miedo, no había qué temer y que ese tipo de problemas son frecuentes y pueden controlarse adecuadamente, además de que dicha atención era necesaria para que el niño pudiera ajustarse adecuadamente a su entorno.

3.3 Trabajo individual con pacientes de Consulta Externa

Se realizaba el trabajo con los pacientes de Consulta externa en el cubículo del área de Psicología mientras la progenitora era entrevistada por otro de los miembros del equipo en la oficina. Este tipo de actividad era similar a la que se efectuaba en grupo con los pacientes hospitalizados, pues básicamente se les aplicaba H T P, Test del Animal y la Prueba del Dibujo de la Familia (descritos con anterioridad en el apartado correspondiente al trabajo en grupo con los pacientes). La diferencia primordial radica en que mientras en los pacientes hospitalizados se realizaba la aplicación de un instrumento por sesión, en el caso de los pacientes referidos de Consulta Externa eran aplicados todos los instrumentos en una sola cita; en el siguiente orden: H T P, Test del Animal y Test del Dibujo de la Familia.

Al terminar la aplicación, el niño era llevado con la pedagoga del Servicio, quien lo integraba a las actividades del grupo hasta que la madre terminaba de ser entrevistada.

Asimismo, se interpretaban las aplicaciones, y los resultados obtenidos se integraban con la información recabada durante la entrevista con la progenitora, además de comentarse el caso en una reunión posterior a la entrevista únicamente con el equipo de Psicología, de modo que si se detectaban indicios de una problemática severa se realizaba la Interconsulta a la institución apropiada, por lo que la cita con el área de Psicología de Neumología Pediátrica tenía un propósito de valoración más que de intervención como tal.

3.4 Intervención individual

Se encontraba dirigida a pacientes que presentaban problemáticas emocionales severas (por ejemplo como consecuencia de una condición médica desfavorable, un pronóstico poco alentador para la vida y las funciones, actitudes opositoras, poca adaptación a las condiciones de hospitalización, disminución en el estado de ánimo o autoagresión).

Lo que se hacía básicamente era trabajar personalmente con ellos, hablar sobre sus emociones y pensamientos, y generalmente utilizar el Mecanismo de Proyección para conocer las situaciones que originaban su condición psicológica, por ejemplo, leerles cuentos relacionados con sus emociones, o hablarles acerca de un niño (o niña, según el caso, el cual era inventado) que se "encontraba hospitalizado" en otro lugar, muy lejano y que vivía la misma situación del paciente, y posteriormente se le preguntaba a éste su opinión acerca del caso que se le había comentado, cómo creía que se sentía el "niño", por qué pensaba que se comportaba como lo hacía, y qué opinaba que debía hacerse para solucionar su problema, lo cual permitía que el paciente se proyectara en el personaje y aceptara sus emociones, además de encontrarse alternativas de solución propuestas por él mismo, y asimismo conocer la razón de su comportamiento.

3.5 Trabajo en grupo con las mamás

Los días lunes y viernes de cada semana, a las 12:00 p.m. la supervisora del área citaba a las mamás de los niños que a consideración del equipo tenían los casos más complejos en términos emocionales, cognitivos o conductuales para que se reunieran en el área de Psicología.

Cuando las señoras habían llegado, lo que se hacía era básicamente abordar sus emociones acerca del padecimiento de sus hijos, preguntar si contaban con Redes de Apoyo Primarias, y en caso de no ser así, fomentar que el apoyo se generara

entre ellas mismas, dado que se encontraban atravesando situaciones similares y podía surgir mayor empatía. Asimismo, si alguna de ellas se encontraba en algún momento especialmente difícil o presentaba emociones negativas que pudiesen afectarlas demasiado, éstas se trabajaban para que poco a poco fueran desarrollando emociones más adaptativas; todo esto, generalmente retroalimentadas por el grupo, buscando además, que supieran que el equipo se preocupaba por el paciente, pero también por ellas, y se tomaban en cuenta sus emociones y pensamientos.

Finalmente las psicólogas se despedían de ellas recordándoles que el área se mantendría al pendiente de su evolución.

3.6 Pase de visita:

Todos los días, a partir de las 9:00 a.m. el equipo de salud integrado por médicos, psicólogas, trabajadoras sociales, pedagogas y enfermeras realizaba el recorrido cama por cama en el que se comentaban todos los aspectos alusivos a cada paciente: su evolución, el tratamiento a seguir, los estudios realizados y pendientes, las Interconsultas que se debían enviar, si el área de Psicología había encontrado algo relevante en él o en su cuidador primario y el plan a seguir, etc. Lo anterior se efectuaba en presencia del paciente, no obstante, a las madres o cuidadores se les solicitaba generalmente que esperaran afuera.

Cada integrante del área de Psicología tenía asignado un día de la semana específico para pasar visita; a mí me asignaron dos días: martes y jueves, y lo que hacía esencialmente -además de comentar los aspectos ya mencionados sobre el paciente-, era anotar en una bitácora que repartían al iniciar el pase todos los aspectos de cada paciente que se consideraban importantes, principalmente desde el punto de vista de la Psicología, como su comportamiento, aspectos familiares, si era necesario trabajar con la mamá, si alguno de ellos se encontraba recibiendo tratamiento psicológico por alguna razón, etc. La bitácora contenía los datos de

cada paciente, como su número de cama, nombre, edad, número de expediente, peso, talla, diagnóstico (s), tratamiento, resultado de laboratorios y pendientes, como estudios por realizarse, Interconsultas, indicaciones y altas o prealtas.

3.7 Curso de Inducción para Residentes de nuevo ingreso

Los días 13, 14 y 18 de marzo de 2008 el área de Psicología impartió un curso de inducción para los médicos Residentes de Neumología Pediátrica de nuevo ingreso con el tema Imagen y Calidez, en el cual se abordaron los siguientes temas:

- Imagen
- Autoeficacia
- El niño y la hospitalización, que fue el que impartí, con los subtemas:
 - **Enfermedad:** Como una experiencia que por sí misma provoca un gran impacto emocional e implica cambios no sólo físicos sino también psicológicos.
 - **Hospitalización:** Que tiene lugar en un clima de angustia y emergencia, y que causa perturbaciones en las relaciones y rutinas del paciente.
 - **Cirugía:** Que constituye para el niño una experiencia amenazante que aumenta la ansiedad, ante lo cual él deberá ser preparado para elaborar sus fantasías, temores y expectativas ante la intervención.
 - **El papel de la familia:** No se puede separar la enfermedad del marco familiar en el que se desarrolla, y el apoyo que se reciba por parte de la misma durante la hospitalización dependerá de las características propias de la familia, como su lugar de origen, el nivel cultural que posea y la religión que practiquen, por lo que el *sentido común* se vuelve una característica esencial.
 - Las **características de la madre** también fueron abordadas, pues ella es quien se queda al cuidado del niño durante su estancia intrahospitalaria (López y Figueroa, 1985; Bowlby, 1983).
 - En lo personal incorporé una dinámica de role playing, en donde los médicos

recrearon personajes y situaciones basados en los temas que se dieron, para que pudieran comprender un poco acerca de las emociones que experimentan los pacientes y sus familiares, así como las situaciones a las que ellos mismos podrían enfrentarse durante su estancia en el hospital, con la finalidad, además, de desarrollar empatía respecto a los pacientes y sus familiares.

- Proceso de duelo

3.8 Actividades administrativas

Consistían en labores inherentes a la Terapia Familiar que se proporciona los martes de 3:30 a 6:30 p.m. por parte del Instituto de la Familia A.C., y se dividían durante la semana como se enlista a continuación, comenzando los jueves:

Jueves: Llamar a las familias para citarlas y anotar en una agenda asignada exclusivamente para la Terapia Familiar los datos del paciente: el número de expediente, nombre, diagnóstico, número de integrantes de la familia, número de sesión, nombre del terapeuta y teléfono.

Viernes: Solicitar expedientes de los pacientes citados a la Unidad de Archivo y Estadística del INER con una lista que debía contener sus nombres y el número de expediente. Se solicitaban para el martes subsiguiente, que es cuando se lleva a cabo la Terapia.

Lunes: Obtener el número de factura para el pago de la Terapia Familiar a través del sistema Medsys (Medical Information System) que de acuerdo a su sitio Web (ver referencias) consiste en un software que permite además:

- El control de información personal de pacientes
- Personalización del formato de Historias Clínicas
- Digitalización de Historias Clínicas

- Almacenamiento, organización y edición de archivos gráficos
- Manejo de información de técnicas quirúrgicas por especialidad
- Valorización de servicios prestados
- Gráficos estadísticos por servicio, empresa, diagnóstico, etc.
- Control de Cartera
- Control de Gastos
- Relación de Ingresos (Virtual Medsys, 2008)

En el caso de Psicología sólo se utilizaba para facturar.

Martes: Ir a Archivo y Estadística a recoger los expedientes.

Miércoles: Devolver los expedientes a Archivo y Estadística. Anotar si cada familia citada había asistido y registrar su pago en cuadros diseñados para dicho fin.

4.

**OBJETIVOS DEL INFORME DE
SERVICIO SOCIAL**

La propuesta que se plantea en el presente trabajo es el diseño de un programa de intervención psicológica para prevenir complicaciones derivadas del Asma en pacientes pediátricos hospitalizados en la Unidad de Neumología Pediátrica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, dirigido a pacientes *a partir de los ocho años de edad* diagnosticados con Asma y familiares y/o cuidadores de *todos* los hospitalizados por dicho padecimiento. El programa será visto y desarrollado desde la perspectiva biopsicosocial de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, ya que se trata de áreas jóvenes a través las cuales la Psicología paulatinamente busca abrirse camino y en las que existe mucho trabajo por realizar en beneficio de la calidad de vida. A continuación se describen las siguientes características del programa:

- Objetivo general del programa de intervención
- Escenario
- Población
- Actividades que conforman el programa de intervención psicológica
- Duración estimada del estudio
- Evaluación del impacto del programa
- Tipo de investigación según sus riesgos
- Consideraciones éticas

4.1 OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Prevenir Complicaciones derivadas del Asma en pacientes hospitalizados en la Unidad de Neumología Pediátrica diagnosticados con dicha enfermedad a través de apoyo biopsicosocial dirigido tanto a ellos como a sus familiares y/o cuidadores, ofreciéndoles herramientas que además permitan desarrollar habilidades para enfrentar el Asma de manera más adaptativa.

4.2 ESCENARIO

Salas de hospitalización de la Unidad de Neumología Pediátrica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

4.3 POBLACIÓN

El presente estudio se encuentra dirigido a:

- Los padres y familiares de todos los pacientes con Asma hospitalizados en la Unidad de Neumología Pediátrica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias –independientemente de la edad que tenga el paciente-. Se tendrá conocimiento de quienes se encuentran diagnosticados con Asma a través del informe de los médicos o mediante las bitácoras diarias, en donde aparece el diagnóstico de cada paciente.
- Pacientes hospitalizados a partir de los 8 años de edad, pues, con base en la experiencia obtenida durante la prestación del Servicio Social, ellos eran quienes solían mantener niveles de atención más elevados durante el trabajo en grupo. Asimismo, a esta edad el paciente ya se encuentra en la *etapa de las operaciones concretas* de acuerdo a la teoría de Piaget (1970) sobre el desarrollo cognitivo, como se explica a continuación:

La **etapa de las operaciones concretas**, que va de los 7 a los 12 años, se distingue por el dominio del principio de conservación, aunque algunos aspectos de ésta, como el volumen o el peso aún no serán comprendidos por completo (Piaget, 1970, citado en Feldman, 2002).

La capacidad del niño para pensar de una manera más lógica se desarrolla en esta etapa, en la que logra comprender que cuando la materia experimenta cambios, éstos pueden ser anulados cuando se revierte la acción previa, principio que recibe el nombre de reversibilidad; el niño logra imaginarlo sin necesidad de llevar a cabo

la acción (Piaget, 1970, citado en Feldman, 2002). Sin embargo, el pensamiento del niño aún se encuentra ligado a la realidad concreta y física del mundo, pues la mayoría presenta dificultades para comprender cuestiones hipotéticas o abstractas (Piaget, 1970).

Mientras tanto, los pacientes a partir de los 12 años se encuentran en la **etapa de las operaciones formales**, en la que se produce un pensamiento abstracto, formal y lógico, mismo que ya no se encuentra ligado a los eventos meramente observables del entorno, sino que ya utiliza el pensamiento lógico para la resolución de problemas (Piaget, 1970, citado en Feldman, 2002).

Con base en lo anterior, se espera que los pacientes cuya edad es igual o mayor a los ocho años tengan una mayor posibilidad de adquirir los conocimientos teóricos y conductuales que pretenden transmitirse en las pláticas y los medios visuales impresos (que se describirán en el apartado correspondiente a las actividades que constituyen el programa de intervención psicológica) para llevarlos a la práctica, por lo que constituyen una población adecuada para lograr los objetivos del estudio.

4.4 ACTIVIDADES QUE CONFORMAN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Las actividades que constituyen el Programa de Intervención Psicológica que hoy se propone se han dividido en tres rubros que son:

- Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de pláticas informativas
- Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de medios visuales impresos
- Intervención psicológica individual

A continuación se describe cada uno de ellos:

4.4.1 Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de pláticas informativas

Objetivo General

Brindar apoyo psicológico, información y orientación útil para prevenir la aparición y/o exacerbación de los síntomas del Asma mediante la interacción con los pacientes y familiares en grupo.

Objetivos Específicos

- Que pacientes y padres se familiaricen con la enfermedad a fin de comprenderla mejor.
- Que los asistentes desarrollen habilidades que permitan prevenir la exacerbación de los síntomas.
- Que los asistentes aclaren sus dudas respecto al manejo.
- Ofrecer herramientas que contribuyan a desarrollar hábitos de autocuidado más efectivos.
- Ofrecer conocimiento que les permita saber que también los factores Psicológicos juegan un papel importante dentro del curso de la enfermedad y la aparición de los síntomas.
- Enfatizar la importancia de la Adherencia Terapéutica en el tratamiento y rehabilitación del padecimiento.
- Fortalecer la relación profesional de la salud-paciente a fin de beneficiar el curso del tratamiento e incrementar la confianza.
- Fortalecer el apoyo social hacia el paciente y sus familiares, tanto a nivel micro, como a un nivel macro que les permitan contar con soporte emocional para afrontar su enfermedad de manera más adaptativa.

Para una descripción más amplia de los objetivos en relación con los temas y actividades, ver carta descriptiva (Pág. 27).

Frecuencia de las pláticas

Se impartirán dos pláticas a la semana, los días lunes y viernes.

La primera plática que se imparta, deberá ser un lunes, y en ella se abordará en su totalidad a los pacientes a partir de ocho años de edad con diagnóstico de Asma y familiares de todos los niños hospitalizados por dicho padecimiento. Las pláticas subsiguientes de los días lunes serán dirigidas a quienes hayan ingresado durante el fin de semana.

Las pláticas de los días viernes tendrán como propósito cubrir a la población que haya llegado a lo largo de la semana.

Duración aproximada de cada plática: Aproximadamente 1 hora 40 minutos, por lo que también se abre la opción de dividir en dos sesiones cada una, para mantener la atención de los presentes y evitar que las exposiciones se vuelvan tediosas, aunque ello se podrá basar en el ritmo de las pláticas, así como en el interés y la participación que tengan los asistentes.

CARTA DESCRIPTIVA. Actividades Propuestas

Nombre: Campaña de prevención de complicaciones del Asma a través de pláticas informativas.				
Imparte: Psic. Arredondo Pantaleón Arael de Jesús				
Tema y subtemas	Objetivo Particular	Tiempo de duración	Técnica de instrucción	Material
<ul style="list-style-type: none"> Dinámicas de integración 	<ul style="list-style-type: none"> Que los asistentes se conozcan, interactúen, y abrir la posibilidad de fomentar una mayor y más adecuada convivencia intrahospitalaria. 	10 min.	Juegos que impliquen trabajo en equipo como: <ul style="list-style-type: none"> Teléfono descompuesto Serpientes y escaleras 	Hojas de rotafolio, ilustraciones y hojas de autoregistro
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es el Asma? <ul style="list-style-type: none"> Causas Clasificación Factores de riesgo Síntomas Mitos más frecuentes y su aclaración 	<ul style="list-style-type: none"> Que pacientes a partir de los 8 años de edad y los padres de todos los diagnosticados con Asma se familiaricen con la enfermedad a fin de comprenderla mejor. 	20 min.	Plática informativa	
<ul style="list-style-type: none"> Educación preventiva <ul style="list-style-type: none"> Cómo identificar una crisis Manejo ante cada tipo de crisis Qué hacer en caso de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> Que los asistentes desarrollen habilidades que permitan prevenir la exacerbación de los síntomas. Que los asistentes aclaren sus dudas respecto al manejo. Ofrecer herramientas que contribuyan a desarrollar hábitos de autocuidado más efectivos. 	20 min.	Plática informativa y demostración gráfica-práctica	
<ul style="list-style-type: none"> Papel de los factores psicológicos en el Asma <ul style="list-style-type: none"> Variables cognitivas 	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer conocimiento que les permita saber que también los factores psicológicos juegan un 	15 min.	Plática informativa	

<ul style="list-style-type: none"> - Variables emocionales - Variables conductuales <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia Terapéutica <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Cómo facilitarla - Importancia de la colaboración del paciente y la familia en el tratamiento • Relación profesional de la salud-paciente <ul style="list-style-type: none"> - Importancia - Cómo fortalecerla • Redes de apoyo <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué son? - Redes de apoyo Primarias - Redes de Apoyo Secundarias - Cómo crearlas y fortalecerlas durante el curso del Asma. <p>-RETROALIMENTACIÓN</p>	<p>papel importante dentro del curso de la enfermedad y la aparición de los síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar la importancia de la adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación del padecimiento. • Fortalecer la relación del equipo de salud-paciente a fin de beneficiar el curso del tratamiento e incrementar la confianza. • Fortalecer el apoyo social hacia el paciente y sus familiares, tanto a nivel micro, como a un nivel macro que les permitan contar con soporte emocional para afrontar su enfermedad de manera más adaptativa. • Aclarar dudas y recibir comentarios por parte de los participantes, en relación a su experiencia con el padecimiento y la plática impartida. 	<p>10 min.</p> <p>10 min.</p> <p>10 min.</p> <p>10 min.</p>	<p>Plática informativa, demostración gráfica</p> <p>Plática y retroalimentación</p> <p>Plática y retroalimentación</p> <p>Preguntas y respuestas por parte de los asistentes.</p>	
--	---	---	---	--

4.4.2 Campaña de prevención de complicaciones derivadas del Asma a través de medios visuales impresos

Objetivo General

Que los pacientes se mantengan en contacto constante con información que permita prevenir complicaciones derivadas del padecimiento.

Objetivos Particulares

- Que puedan acceder en cualquier momento a la información, incluso, si no acudieron a las pláticas.
- Fortalecer el conocimiento adquirido en las pláticas.

Actividades Propuestas:

Manuales y trípticos que serán repartidos a todos los asistentes a las pláticas; carteles que se colocarán en los lugares más visibles de toda la Unidad de Neumología Pediátrica, los cuáles contarán con las siguientes características:

- Contendrán la información *resumida* de las pláticas (dado que en éstas se explicará la información de manera extensiva y detallada), abordando tanto aspectos médicos como psicológicos del Asma.
- Se elaborarán de acuerdo a las reglas de la Ergonomía respecto a la comunicación (Osborne, 2007) que se muestran en el anexo 2 con el propósito de dar a conocer los lineamientos de escritura y expresión que se seguirán al elaborar el material.

4.4.3 Apoyo psicológico individual

Objetivo General

Brindar tanto a los pacientes como a los padres, técnicas de intervención breve que sean de utilidad en el manejo de las emociones y la ansiedad que causa su padecimiento.

Objetivos Particulares:

- Reducir los niveles de ansiedad en los pacientes y padres provocados por la hospitalización
- Desarrollar estrategias de afrontamiento centrado en el problema.
- Ofrecer soporte emocional
- Que adquieran habilidades sociales y para la solución de problemas para el adecuado ajuste emocional de su enfermedad

Actividades Propuestas:

- Entrenamiento en habilidades sociales y para la solución de problemas.
- Sesiones de aproximadamente 30 min. (alrededor de 5 sesiones en total, tomando en cuenta que normalmente la hospitalización de un niño con Asma dura aproximadamente 2 semanas).
- Debido a que la cantidad de niños hospitalizados con diagnóstico de Asma suele ser elevada y a que éstos permanecen aproximadamente dos semanas hospitalizados, la atención psicológica individual será dirigida principalmente a aquellas personas abordadas durante las pláticas, sean pacientes o familiares/cuidadores en los que, con base en el comportamiento observado durante las sesiones y referencias proporcionadas por el área de Psicología y/o el resto del equipo de salud, se detecten mayores necesidades de recibir apoyo individual, por ejemplo, en aquellas personas

que presentan niveles elevados de estrés, sentimientos de culpa, y en general ideas erróneas acerca de la situación a la que se encuentran expuestos.

- Utilización de estrategias cognitivo-conductuales y técnicas terapéuticas. Se sugieren las siguientes:
 - Terapia Racional Emotiva
 - Reducción del Estrés Basada en Mindfulness
 - Programas de Reforzamiento

A continuación se describe cada una de ellas:

- ***Terapia Racional Emotiva (TRE):***

La Terapia Racional Emotiva (TRE) fue desarrollada en 1955 por Albert Ellis (Ellis y Grieger, 1981). La premisa básica que mantiene la TRE es que las personas no reaccionan ante los eventos en sí, sino a las cogniciones respecto a dichos acontecimientos: las ideas irracionales, mismas que constituyen la mayor parte de los casos de perturbación emocional (Ellis y Grieger, 1981).

Las principales teorías clínicas de la TRE se pueden esquematizar de la siguiente forma:

1) La Teoría A-B-C de la Terapia Racional Emotiva: Ellis (1999), establece que debido a la interacción de nuestras tendencias innatas y adquiridas, controlamos en gran medida nuestros destinos -aunque no de manera total-, según la manera en la cual interpretamos los acontecimientos en nuestras vidas y las acciones que elegimos para que así suceda.

El esquema A-B-C de la TRE se compone como sigue:

A- Experiencia activadora o acontecimiento activador.

C- Ocurre una consecuencia emocional o conductual ante el acontecimiento ocurrido en el punto A.

Por lo anterior, es común, pensar que A causa C, lo cual es erróneo y constituye un paso en falso, ya que, según esta teoría, C no se deriva de A, sino de **B** (ver figura 1), es decir, las creencias que el individuo tiene sobre A: el acontecimiento (Ellis, 1999). Por lo anterior, la TRE afirma que las Experiencias Activadoras ayudan a crear las Consecuencias Emocionales o Cognitivas, sin embargo no las originan de manera directa, sino que la propia persona es quien las produce a través de su sistema de creencias y opiniones acerca de los eventos (Ellis y Grieger, 1981).

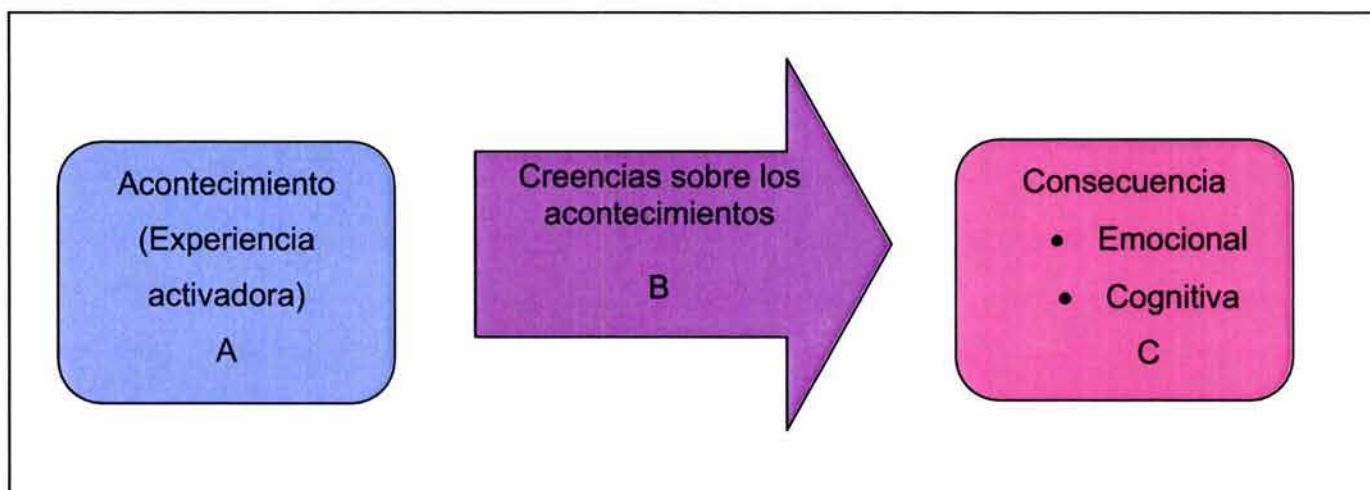


Figura 1. Esquema ABC de la Terapia Racional Emotiva

2) Identificación de las ideas irracionales. Las ideas irracionales consisten en afirmaciones absolutistas del tipo de "tengo que", "debería de", las cuales se acompañan de conclusiones erróneas extraídas de datos no empíricos y limitados que generalmente representan suprageneralizaciones de las situaciones que se viven en ese momento las cuales son ideas extremistas que distorsionan la realidad (Ellis y Grieger, 1981). Éstas se deben a que las personas tienen en la mente un programa de "necesidad-perturbación" (musturbatory) escondido, es decir, cuando el individuo no sólo tiene deseos y preferencias, sino que extiende éstas a sus

necesidades y exigencias, convirtiéndolo en imperativos que si no se cumplen en ese momento, ocasionan frustración y las consecuencias cognitivas y emocionales irracionales. El principal modo para descubrir las ideas irracionales es ubicarlas dentro de alguna de las tres principales ideologías de necesidad perturbadora (Ellis, 1999, Ellis y Grieger, 1981), en las que según el autor pueden englobarse todas estas ideas:

1. *Tengo que* actuar bien y tengo que *ganar la aprobación* por mi forma de actuar, de lo contrario seré considerado malo.
2. *Los demás deben* actuar en forma considerada conmigo o serán malos.
3. *Las condiciones en las que vivo deben ser absolutamente buenas y cómodas*, pues de lo contrario el mundo se convierte en un lugar desagradable para vivir.

3) Discusión de las creencias irracionales: El punto D de la Terapia Racional Emotiva implica una *Discusión* entre las creencias racionales e irracionales que consiste en un debate interno en el que la persona buscará evidencia empírica que apoye la creencia, de modo que si no la encuentra o la evidencia encontrada se muestra en contra de la idea, la abandona para adoptar otra más adecuada y adaptativa, o, de acuerdo con Ellis (Ellis y Grieger, 1981) se busca “al menos minimizar las creencias irracionales”. Asimismo, en este punto debe *Distinguir* entre las demandas o deseos y las verdaderas necesidades del sujeto. También se refiere a la valoración objetiva que realiza el individuo al determinar qué tanto las consecuencias del acontecimiento activador son “horribles” o simplemente son indeseables; qué tanto se perpetuarán durante toda su vida o simplemente se aplicarán al presente (Ellis y Grieger, 1981). Es este punto en donde se lleva a cabo una *reestructuración cognitiva*.

4) El resultado de la aplicación de la TRE consiste en E, adoptar una nueva forma distinta y más racional, de pensar sobre sí mismo, los demás y el ambiente, no sólo en el presente sino también en el futuro, que le ayudará a tomar determinaciones

más adaptativas para darle solución a los problemas que se presenten, y a que, con base en las experiencias vividas en el pasado se sienta capaz de cambiar su comportamiento posterior. Asimismo, estará consciente de que sus deseos no son necesidades, que los sucesos desagradables no son horrores y que los errores del pasado no lo evalúan como ser humano ni representan su valor como tal (Ellis y Grieger, 1981). Lo anterior guarda relación con el concepto de Autoaceptación Incondicional Positiva, es decir, la aceptación de sí mismo en cualquier situación, independientemente de sus fallas, asumiéndose como un individuo susceptible de cometer errores, pero que también es capaz de modificar su conducta en un futuro. La Autoaceptación Incondicional Positiva no se basa en el valor extrínseco de la persona, sino en su valor por sí mismo como ser humano, es decir, su valor intrínseco (Ellis y Grieger, 1981).

- Reducción del Estrés Basada en Mindfulness

Como se verá en la sección de Resultados Obtenidos, dos de las repercusiones psicológicas que la hospitalización lleva consigo son los niveles elevados de estrés y ansiedad, tanto en los pacientes como en sus familiares/cuidadores, derivados tanto de la estancia intrahospitalaria como de la enfermedad, sin embargo, el impacto de éstas situaciones con frecuencia tiene un origen multicausal, ya que se encuentra asociado a las dificultades cotidianas –principalmente económicas y familiares- a las que diariamente deben enfrentarse, por lo que una tarea del psicólogo será ayudar al paciente a reducir esos niveles de estrés y ansiedad.

Una técnica novedosa para ello es la Reducción del Estrés Basada en Mindfulness, (Atención plena), también conocida simplemente como Mindfulness, que se puede definir como la capacidad para estar completamente atento al momento presente. Los orígenes de esta técnica se remontan a las prácticas orientales de la meditación en la tradición budista, no obstante, constituye una práctica científica y laica que no se relaciona con ninguna creencia religiosa. El enfoque surgió del trabajo en conjunto de Jon Kabat-Zinn, de la Clínica para la Reducción del estrés del Centro

Médico de la Universidad de Massachussets con John Teasdale y colegas de la Unidad de Psicología Aplicada del Consejo de Investigación Médica en Cambridge.

El objetivo del Mindfulness es ayudar a las personas a reducir el impacto de las experiencias negativas y la susceptibilidad al estrés y al malestar, aceptando los pensamientos, agradables y desagradables, para posteriormente asumir las circunstancias sean o no favorecedoras, lo cual se logra a través del entrenamiento de la atención (Larraburu, 2008). Generalmente las personas evalúan sus percepciones y pensamientos con base en sus experiencias; ello ocasiona que se desarrolle un prejuicio ante la percepción, que por consiguiente se altera; lo idóneo sería mantenerse atento al presente y comprender que muchos temores, así como la tristeza y desconfianza provienen de los pensamientos acerca del pasado y del futuro, por lo que la persona solo deberá darse cuenta de que está experimentando esas emociones y pensamientos, y dejar que sigan su curso, sin buscar luchar contra ellas.

Las sesiones de Mindfulness se llevan a cabo de la siguiente forma:

- La conciencia plena tiene inicio cuando la persona reconoce su tendencia a no estar totalmente atenta al presente, sino a aquellos eventos que en el pasado resultaron problemáticos.
- Se desplaza la atención voluntariamente por todo el cuerpo.
- Se reconoce la realidad de las circunstancias, sin juzgar, tratar de resolver o buscar que las cosas sean diferentes. Existen, según Larraburu (2008) tres tipos de reacción que pueden provocar malestar:
 - Evadir el pensamiento y tratar de pensar en otra cosa.
 - Aferrarse a las cosas sin permitir que se marchen o buscar vivir algo que no pertenece a ese momento.

- Evaluar las emociones y pensamientos.
 - El individuo otorga una total atención a la respiración, entra en contacto con ella, observa cómo se modifica de acuerdo a su estado de ánimo, movimientos y pensamientos, además, no debe tratar de controlarla, únicamente observarla y conocerla. Brindar una atención plena a la respiración es una forma de mantenerse en el momento presente.
 - Lograr un mayor conocimiento de los propios pensamientos, emociones y sensaciones permite responder a las experiencias con mayor habilidad.
-
- **Programas de Reforzamiento**

En las situaciones de Condicionamiento Operante –también denominado Instrumental – una respuesta se encuentra relacionada con el suceso ambiental que se deriva de ella, pudiendo ser *apetitivo* (agradable) o *aversivo* (desagradable). Cuando la respuesta produce la presentación del estímulo se dice que existe una contingencia positiva entre la respuesta y el estímulo derivado de su ocurrencia. Por otra parte, cuando la respuesta elimina o disminuye el estímulo se dice que existe una contingencia negativa (Domjan, 2002). Al estímulo que incrementa la ocurrencia de la respuesta que le precede se le denomina *reforzador*. Cuando la respuesta genera la presentación de un estímulo apetitivo se dice que el reforzamiento es *positivo*, mientras que cuando la respuesta evita la ocurrencia de un estímulo aversivo el reforzamiento es negativo. La principal característica del reforzamiento es el incremento en la ocurrencia de la conducta.

Los *programas de reforzamiento* son una regla que determina la relación entre la ocurrencia de la conducta y la presentación del reforzador, misma, que según el tipo de programa se encontrará en función del tiempo y/o el número de respuestas. Son

utilizados para la adquisición de nuevas conductas deseables y más adaptativas (Vargas, 2005). Existen diferentes tipos de programas, comenzando por los llamados *simples*, en donde un solo factor determina la entrega del reforzador, mismos que se explican a continuación:

Programas de Razón: En este tipo de programas la entrega del reforzador depende sólo del número de respuestas que el sujeto haya dado, contándolas, y entregar el reforzador cuando el individuo haya alcanzado el número establecido. Cuando todas las respuestas son reforzadas se dice que la razón es de una respuesta, y recibe el nombre de *Reforzamiento Continuo (RFC)*. Cuando la respuesta no es reforzada cada vez que es ejecutada la situación recibe el nombre de *Reforzamiento Parcial o Intermittente (Vargas, 2005)*.

- *Programas de Razón Fija (RF):* Se establece un número de respuestas **fijo** para entregar el reforzador, es decir, si por ejemplo se trata de un programa RF 10, siempre serán necesarias 10 respuestas para la entrega (Domjan, 2002).
- *Programas de Razón Variable (RV):* En este tipo de programas el número de respuestas requerido **cambia** con cada reforzador a entregar.

Programas de intervalo: En este tipo de programas la respuesta es reforzada sólo cuando se presenta después de cierto lapso.

- *Programas de Intervalo fijo (IF):* En este tipo de programas el tiempo establecido para llevar a cabo la entrega del reforzador permanece constante en cada ensayo (Domjan, 2002).
- *Programas de Intervalo Variable (IV):* En este tipo de programas el tiempo transcurrido entre la respuesta y la entrega del reforzador se modifica en cada ensayo. Se establece un lapso límite para la entrega del reforzador, por ejemplo, en un programa IV 5 min., el tiempo transcurrido entre la respuesta y la entrega del reforzador va a variar, pero debe encontrarse dentro de los 5 minutos implementados. Este tipo de programas se recomiendan cuando el

tiempo para tener listo el reforzador es impredecible (Domjan, 2002; Vargas, 2005).

A partir de los programas sencillos se pueden estructurar otros más complejos. Como ejemplo de ello se presentan los siguientes:

- *Programas múltiples*: Consisten en dos o más programas alternados o en combinación aleatoria; cada uno de ellos se encuentra asociado con un estímulo diferente.
- *Programas mixtos*: Son similares a los múltiples, excepto que sus programas componentes no se encuentran asociados a ningún estímulo específico.
- *Programas conjugados*: También son llamados correlacionados. En ellos se establece una relación entre el reforzador y determinadas propiedades de la conducta, como su fuerza, forma, etc.

Los programas son frecuentemente utilizados en el moldeamiento conductual, es decir, el reforzamiento de pasos o mejorías en la conducta hasta llegar a una conducta deseada (Valencia, 2002).

Finalmente, las técnicas de intervención individual que se han propuesto, tienen el objetivo de abarcar diferentes aspectos psicológicos problemáticos: Cognitivos (TRE), conductuales (Programas de reforzamiento) y emocionales (Mindfulness), diseñando una estrategia de intervención adecuada a las necesidades de cada caso.

4.5 DURACIÓN ESTIMADA DEL ESTUDIO:

Se recomienda que el programa de intervención sea aplicado durante un período de tres a seis meses, ya que se considera un lapso suficiente para obtener una muestra significativa, además de que las posibilidades de reingreso de pacientes no controlados se incrementan durante un período de dicha duración, lo cual permitiría al aplicador conocer a qué se deben dichos reingresos y qué medidas preventivas podrían agregarse al programa desde el punto de vista de la Psicología.

4.6 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROGRAMA E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Aunque existen escalas que evalúan de manera separada aspectos cognitivos, conductuales y emocionales relativos al Asma, no existen instrumentos diseñados para la evaluación de una Intervención Psicológica similar a la que se propone, por lo cual ésta será de tipo cualitativo, mediante un cuestionario diseñado para valorar el impacto producido en el control del padecimiento y la adquisición de herramientas cognitivas, conductuales y emocionales; así como el grado de satisfacción y aprendizaje generados por el Programa de Intervención en la población a la que va dirigido el estudio.

Fueron diseñados dos cuestionarios: uno para los pacientes y otro para los familiares/cuidadores; básicamente son iguales, la diferencia radica en el *approach* utilizado con cada sector de la población: en los pacientes no es necesario dirigirse a ellos con exceso de formalidad, por lo que se les hablará de *tú*, aunque se mantendrá el trato profesional y respetuoso. Mientras tanto, con los familiares/cuidadores, se utilizará el *usted*.

Otra diferencia entre ambos cuestionarios consiste en el número de reactivos, siendo menor en el de los niños, tomando en cuenta que algunos, principalmente cuando son más jóvenes no mantienen una atención sostenida durante períodos

prolongados.

Por cuestiones éticas debe ser respetado el anonimato de los participantes, sin embargo, también será necesario contar con una forma de identificarlos, por lo que se solicitará su número de expediente, y en el caso de que no cuenten con él, anotarán su número de cama en el espacio destinado para ello.

Ambos cuestionarios consisten en preguntas abiertas, cuyos principales aspectos a abordar son:

- Los conocimientos acerca del Asma adquiridos a través de su participación en el programa.
- El grado de utilidad otorgado por ellos al programa.
- La opinión de quienes reciban apoyo psicológico individual acerca de este tipo de atención, y si obtuvieron beneficios cognitivos, emocionales o conductuales, cuáles fueron éstos.
- Sugerencias respecto al programa.

A continuación se presentan los cuestionarios diseñados para llevar a cabo la evaluación:

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS OTORGADOS EN
EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

PARA FAMILIARES.

Número de Expediente _____ No. de cama: _____

(1) ¿Durante las pláticas o mediante los folletos y carteles, usted aprendió algo nuevo que le sea útil para el manejo del Asma de su hijo?

(2) ¿Qué fue lo que aprendió?

(3) ¿Le parece útil la repartición de manuales y la colocación de carteles relacionados con el Asma?

(4) ¿Por qué?

(5) ¿Le pareció clara la información que se le dio en los folletos, carteles y pláticas?

(6) ¿Considera importante que en el INER se disponga de un servicio psicológico como el que se le ofreció?

(7) ¿Cuál es la razón?

(8) Le gustó el trato recibido por parte de la psicóloga que ofreció el programa (Aranel Arredondo Pantaleón)

(9) En caso de haber recibido terapia individual. ¿En qué cree que le ayudó?

(10) Después de la terapia, ¿considera que la forma en la que ve la enfermedad de su hijo ha cambiado?

(11) ¿Usted ha sentido algún cambio en sus emociones o comportamientos después de recibir el apoyo?

(12) ¿Ha cambiado en algo la forma de tratar a su hijo a partir del programa?

(13) ¿Cómo ha cambiado?

(14) ¿Ha notado diferencias en la relación con su hijo a partir del programa?

(15) ¿Cuáles?

(16) ¿Qué fue lo que más le gustó del programa?

(17) ¿Hubo algo que no le agradara?

(18) ¿Qué cambiaría?

(19) ¿Agregaría o quitaría algún tema?

(20) ¿Cuál?

El cuestionario para los pacientes es el siguiente:

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS OTORGADOS EN
EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

PACIENTES

Número de Expediente _____ No. de cama: _____

(1) ¿Aprendiste algo nuevo acerca de tu Asma en las pláticas o en los carteles?

(2) ¿Qué aprendiste?

(3) ¿Te resultó sencillo comprender la información que se te dio?

(4) ¿Si no te resulto sencillo, qué fue lo que te pareció complicado?

(6) ¿Qué te gustaría aprender sobre el Asma?

(7) Si recibiste terapia ¿crees que te ayudó en algo?

(8) ¿Te pareció bueno el trato que te dio la psicóloga que dio las pláticas?

(9) ¿Te parece útil tener información acerca del Asma?

Los cuestionarios serán aplicados a los participantes cuando se encuentren en prealta –es decir, cuando de no surgir inconvenientes o mayores pendientes egresarán al otro día-; las razones son las siguientes:

- No se puede establecer un tiempo concreto para realizar la evaluación del impacto del programa, pues existe variabilidad en la duración de la estancia

intrahospitalaria de cada paciente; asimismo, ésta es un aspecto que no puede ser controlado para los fines de la investigación, por lo que la aplicación será adaptada al tiempo de cada paciente.

- La aplicación de los cuestionarios cuando se encuentren en prealta y no el día del alta se debe a que cuando se determina el egreso, los padres de los pacientes deben llevar a cabo una serie de trámites que efectúan fuera del Servicio de Neumología Pediátrica, por lo que se ausentan, lo cual restaría tiempo a la aplicación.
- Serán capacitados uno o más integrantes del equipo de salud para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios en caso de que quien aplique el programa no se encuentre presente en el INER el día de la prealta.

4.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN SEGÚN SUS RIESGOS

Se trata de una investigación de Riesgo mínimo, dado que las posibilidades de dañar a los participantes no superan los riesgos a los que éstos pueden exponerse en su vida cotidiana o en exámenes médicos y psicológicos de rutina. Asimismo, se trata de un estudio no invasivo, lo cual significa que no involucra ningún tipo de agresión externa al paciente, no implica dolor ni la utilización de fármacos.

4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- 1) Se solicitará la aprobación institucional por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias a través de su Comité de Ciencia y Bioética para llevar a cabo el estudio. Asimismo, ya se cuenta con la autorización del Jefe del Servicio de Neumología Pediátrica para aplicar el programa.
- 2) Los datos otorgados por los pacientes y por el equipo de salud se mantendrán en absoluta confidencialidad y únicamente se utilizarán con fines de investigación.
- 3) Se evitará el engaño informando a los pacientes que el programa de intervención constituye una investigación, por lo que si algún miembro de la

población a la cual va dirigida no acepta participar en la misma, se respetará su decisión.

- 4) Asimismo, se les dará a firmar un consentimiento informado (referirse al anexo 3), en donde se establecerá que están de acuerdo en formar parte de la investigación, y previamente se les aclarará el punto 2, relacionado con la confidencialidad. Asimismo, se solicitará su consentimiento en caso de necesitar tomar fotografías o videos.
- 5) Serán informados acerca del objetivo de la investigación cuando su participación en ella finalice. Esto, para evitar predisponer su comportamiento durante el estudio y prevenir sesgos en los datos obtenidos, y por lo tanto obtener resultados confiables.
- 6) Serán tratados con absoluto profesionalismo, tomando en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas y sociales (cuando no afecten el desarrollo del estudio).

5.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Para comprender el creciente interés del psicólogo en el proceso salud-enfermedad, resulta adecuado efectuar una breve revisión histórica de la salud como objeto de estudio científico para ubicar el papel de este profesional dentro de dicho contexto.

El interés por la enfermedad data de tiempos tan remotos que las primeras civilizaciones que habitaron el planeta, ya otorgaban explicaciones a sus malestares, sustentaban a la enfermedad en un modelo sobrenatural, y recurrían a curanderos y brujos, que, utilizando su saber efectuaban ritos los cuales, según se creía, expulsaban a los malos espíritus, mismos que se suponía, al salir del cuerpo del enfermo le hacían recuperar su salud. Los conocimientos de los curanderos no se encontraban al alcance de todos, únicamente eran transmitidos a sus elegidos y lo hacían mediante la vía verbal, a lo cual se adicionaba el aprendizaje vicario que se obtenía cuando el aprendiz observaba meticulosamente las maniobras de su maestro, lo cual le permitía desarrollar sus labores cuando éste se retiraba o moría (Reynoso y Seligson, 2002).

Hacia el año 400 a.C., con la civilización griega, Hipócrates sostuvo que las enfermedades se debían a causas naturales y ambientales, no extraordinarias. Sugiere que factores como el clima de una población, el agua o su situación en un lugar en el que los vientos sean favorables son elementos que pueden ayudar al médico a evaluar la salud general de sus habitantes. Obras como *Tratado del pronóstico* y *Aforismos* (citadas en Reynoso y Seligson, 2002), anticiparon la idea, entonces revolucionaria, de que el médico podría predecir la evolución de una enfermedad mediante la observación de un número suficiente de casos. Asimismo, señalaba que la mezcla de distintos elementos y humores –sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra- interactuaban con el sujeto dando origen al padecimiento, entonces, el médico debía sacar el mal del cuerpo. Para los psicólogos la noción de los humores resulta notable, pues a partir de éstos formula propuestas sobre el temperamento, las cuales, aunque ya no son vigentes constituyen una de las primeras bases en el estudio de la personalidad (Montes, 2005). El método enseñanza-aprendizaje implicaba adoptar un ayudante, quien al igual que los

aprendices de curandero descritos anteriormente, observaba al maestro y adquiría conocimientos de forma progresiva hasta aplicarlos empíricamente. Hipócrates realiza descripciones basadas en la observación, mismas que suelen ser detalladas (Reynoso y Seligson, 2002).

Durante el primer milenio de nuestra era, en la época del Oscurantismo, se dio el regreso de brujos y curanderos y su forma de trabajo, hasta que algunos de ellos se unieron a la religión, concibiendo a la enfermedad como el resultado de fuerzas demoníacas y oscuras, lo que facilitó el origen de nuevas alternativas terapéuticas, como la comunión, los exorcismos y el agua bendita, entre otros, para eliminar a los supuestos entes que aquejaban al enfermo. Los clérigos se convirtieron en los nuevos amos del saber médico, por lo que únicamente quienes decidieran seguir la profesión eclesiástica tenían derecho a adquirir dicho conocimiento y a los libros que existían en aquella época sobre la materia (Reynoso y Seligson, 2002).

El origen de los hospitales y los sanatorios tiene lugar en los monasterios, lugares a donde los enfermos acudían a curar sus males -como se mencionó, la práctica médica era exclusiva de quienes profesaban la religión católica- (Reynoso y Seligson, 2002). En aquella época los enfermos eran señalados y alejados de la sociedad, el caso más notable lo constituían los leprosos, aunque aún en la actualidad dicha postura ante la enfermedad persiste, pues se mantiene una actitud de rechazo, crítica y burla ante algunos padecimientos (basta mencionar el SIDA).

La diversificación de especialidades médicas tiene su origen cuando algunos clérigos se integran al ejército, dando como resultado a los oficiales de salud, un nuevo tipo de médico que se encargaba de captar e ingresar a las víctimas de las pestes a instituciones de reclusión. Los barberos se hacían llamar cirujanos y además fungían como dentistas, realizaban sangrías con sanguijuelas y efectuaban cirugías menores, como la debridación de abscesos (Reynoso y Seligson, 2002).

Mientras tanto, en el mundo árabe ya se realizaban disecciones de cadáveres y

experimentos. Su perspectiva sobre la salud y enfermedad era materialista, señalando que el mantenimiento o la pérdida de la salud dependían del equilibrio o desequilibrio entre seis principios: descanso y trabajo, vigilia y sueño, moderación en el comer y el beber, evacuación de lo superfluo, las reacciones emocionales y el aire puro (Montes, 2005). Avicena (citado en Montes, 2005) fue una de las figuras importantes; propuso que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades y cada una se explicaba según la estructura de cada individuo, así como sus facultades, su fuerza, los factores ambientales y los esfuerzos de la naturaleza por restaurar sus funciones vitales (Said, 1986, citado en Montes, 2008).

Es en el siglo XIX cuando la Medicina adquiere su connotación científica, pues sustentaban sus conocimientos y la práctica de los mismos en fundamentos teóricos y metodológicos, lo cual les permitió un actuar sistemático. Desaparecieron los oficiales de salud y los barberos, *“la clínica reafirmó su superioridad, dejando todo el espacio terapéutico al médico, quien se erigió como el eje de la salud”* (Reynoso y Seligson, 2002).

En cuanto a la Psicología, ésta encontró sustento científico en el siglo XIX, con los estudios de Weber, Fechner, Wundt, Breuer (citados en Reynoso y Seligson, 2002), entre otros, que realizaron estudios acerca de la fisiología de los receptores, con investigaciones acerca de sensopercepción, descubriendo que el ser humano no reacciona de forma directa a los estímulos, sino que depende de la valoración que se hace de ellos.

Las raíces de la Psicología Clínica de la Salud (de la cual se hablará más adelante) tienen lugar en el siglo V a.C., en la escuela Hipocrática de Medicina, en donde la salud era vista como un balance natural de situaciones físicas y emocionales, sin embargo, es posible que el inicio de esta área de la Psicología date de 1969, con la publicación de un artículo de W. Schofield, en la Revista *American Psychologist*, mismo que consistía en una revisión del *Psychological Abstracts* de los años 1966 y

1967 (citado en Reynoso y Seligson, 2002) acerca de artículos publicados relacionados con la Salud, encontrando pocos, y menciona que la Psicología aún se encontraba débil en cuanto a tecnologías, procedimientos e investigación sobre este tema comparada con otras ciencias de la Salud. En realidad, los psicólogos de la época no se encontraban muy interesados en la salud orgánica, aunque para finales de los años 80 el número era mayor, pues una encuesta nacional de los Estados Unidos reveló que 3500 psicólogos se consideraban a sí mismos Psicólogos de la Salud (Belar, 1987, citado en Reynoso y Seligson, 2005).

Así, al revisar la historia, es posible darse cuenta del interés de ambas profesiones por la salud, pero ¿qué es?, pues bien, a través del devenir histórico, se han dado diversas definiciones, que se encuentran acorde al contexto sociocultural y al nivel de conocimiento y desarrollo alcanzado acerca de ella. En la actualidad, la definición que la Organización Mundial de la Salud (2000) ha difundido es la siguiente: *"El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia"*. Se trata de una definición de salud vigente desde hace más de 25 años, y toma en cuenta la interacción de diferentes disciplinas.

Salud y enfermedad son conceptos entrelazados, de origen multicausal, respondientes a las demandas del ambiente: físico, psicológico y social, por lo que la concepción tradicional de curación que implica que aliviar la enfermedad devuelve la salud, puede resultar errónea, en tanto que ésta implica más que la ausencia de enfermedad, por lo que la apertura a la intervención de otros profesionales se vuelve necesaria, dado que de este modo la enfermedad puede ser enfrentada desde diferentes perspectivas. Anteriormente se señaló que el médico ha sido a lo largo de la historia el eje de la salud, y con él, las enfermeras y odontólogos, sin embargo, los psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos y miembros de otras disciplinas han buscado abrirse camino, sobre todo en la actualidad, pues como consecuencia de las múltiples transformaciones culturales, políticas, sociodemográficas, económicas, ambientales y sociales, entre otras, que

cotidianamente acontecen en el mundo, el individuo se enfrenta continuamente a nuevas demandas de su entorno que tienen repercusiones negativas en su calidad de vida, las cuales merman su salud. Es por ello que los diversos profesionales se han encargado de crear programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que van encaminadas a mantener el bienestar del ser humano y a evitar la aparición de diversas enfermedades crónico-degenerativas, patologías infecto-contagiosas y controlar las enfermedades emergentes, que juntas constituyen el 60% de la mortalidad en el mundo (Rodríguez y Jaén, 2004).

La Psicología ha demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en la aparición y mantenimiento de la enfermedad. Así, el estilo de vida, los factores medioambientales, el sobrepeso, el sedentarismo, las conductas de riesgo como fumar, beber, no utilizar cinturón de seguridad y el estrés cotidiano impactan en la salud de manera negativa (Reynoso y Seligson, 2005). El psicólogo trabaja de manera activa principalmente en dos campos dedicados a la investigación del proceso salud-enfermedad:

Psicología de la Salud: Es un área intradisciplinaria, es decir, utiliza los recursos terapéuticos, científicos, tecnológicos, metodológicos y educativos de la Psicología como ciencia en todas sus especialidades para la promoción de la salud física y mental, su mantenimiento, la prevención de la enfermedad, identificación de correlatos etiológicos, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, aunque se enfoca principalmente en prevenir la aparición de la enfermedad y promover la salud (Rodríguez y Jaén, 2004). Pese a ser básicamente intradisciplinaria, recurre al conocimiento de otras ciencias y reconoce su importancia dentro del estudio de la salud. Se trata de un campo relativamente poco conocido por otros profesionales de la salud, ya que a través de la historia el trabajo del psicólogo se había asociado únicamente a procesos educativos y de rehabilitación, sin embargo, poco se sabía acerca del papel que la Psicología puede desempeñar en el estudio de la enfermedad física, hasta finales de los años sesenta, en que se reconoció que el comportamiento de las personas puede ser

trascendental en la adquisición de la enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud. La Psicología de la Salud es un área derivada de la Terapia Conductual, por ello, es importante, como parte de los programas de intervención psicológica en las enfermedades orgánicas, identificar los comportamientos de riesgo (patógenos conductuales) para así diseñar estrategias encaminadas a disminuirlos, así como favorecer aquellos que propician la salud y mejoran la calidad de vida (inmunógenos conductuales) (Reynoso y Seligson, 2005).

En México la labor del psicólogo en el campo de la salud no se encuentra aún del todo reconocida, sin embargo, el número de psicólogos que trabaja en el Sector Salud se ha ido incrementando de forma lenta, pero progresiva durante los últimos 20 años. Algunas razones de dicho crecimiento pueden deberse a los siguientes factores:

- El interés cada vez mayor que existe respecto a la calidad de vida y la prevención de la enfermedad.
- El crecimiento de las Ciencias de la Conducta como área dedicada a la investigación y aplicación de programas de tratamiento.
- El modelo Biomédico ortodoxo en ocasiones llega a ser reduccionista, por lo que se vuelve insuficiente para explicar los comportamientos de salud y enfermedad.
- El cambio de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico degenerativas como principal causa de morbi-mortalidad a partir del presente siglo, razón por la cual, según Reynoso y Seligson, (2005), se dio la pauta para dirigir la atención hacia los estilos de vida saludables y la investigación sobre los mismos.

Las conductas de salud incluyen los comportamientos que elevan la calidad de vida y la salud en general, mientras que las conductas reductoras de riesgo contribuyen a disminuir la probabilidad de aparición de problemas relacionados con la enfermedad (Reynoso y Seligson, 2002; Rodríguez y Jaén, 2004).

Medicina Conductual: Se trata de un campo interdisciplinario que conjunta el saber de las ciencias de la salud: tanto biomédicas como del comportamiento, así como las ciencias sociales para el diseño de modelos y paradigmas de intervención orientados a la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, el estudio de la etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos, enfocándose principalmente en el estudio de la etiología y el tratamiento (Rodríguez y Jaén, 2004). Al igual que la Psicología de la Salud, la Medicina Conductual realiza la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la Terapia Conductual.

El término Medicina Conductual se utilizó por primera vez en el año de 1973 para hacer referencia a la retroalimentación biológica o biofeedback en el tratamiento de desórdenes médicos, sin embargo como área, surge en el año de 1977 en la Universidad de Yale cuando se dictó la Conferencia de Medicina Conductual (Amigo, 1998).

Según Agras (1982, citado en Reynoso y Seligson, 2002), el desarrollo de esta área debe conducir a implementar la investigación interdisciplinaria, por lo que constituye un puente de comunicación entre las ciencias biológicas, del comportamiento y sociales, además de que el resultado de ello debe ser una integración del conocimiento obtenido empíricamente por las disciplinas involucradas.

La Medicina Conductual surge como un paradigma para el diseño y aplicación de programas de intervención, así como para la investigación empírica; las ciencias del comportamiento y las ciencias biomédicas se han desarrollado de manera separada, la Medicina tiene que ver con el diagnóstico y el tratamiento farmacológico de las enfermedades, sin embargo, no explica ni investiga factores conductuales, como estilo y calidad de vida, así como el estrés y el manejo del mismo (Rodríguez y Jaén, 2004).

Ambas áreas abordan el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva

biopsicosocial, la cual reconoce la existencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la salud o la enfermedad, dichos factores se dividen en microprocesos: los que se generan en el interior del cuerpo (p. Ej. Alteraciones bioquímicas) y macroprocesos: los agentes externos como el apoyo social, atención médica oportuna, etc. La perspectiva biopsicosocial tiene como uno de sus fundamentos la Teoría General de Sistemas, en la cual todos los niveles de organización en cualquier entidad, están relacionadas entre sí de manera jerárquica, y en el caso del proceso salud-enfermedad las tres principales esferas involucradas se ven afectadas cuando aparece una patología, y la salud se logra cuando el individuo cubre las necesidades de todas esas esferas (Rodríguez, 1999).

Otras áreas de la Psicología relacionadas con la salud son las siguientes:

Medicina Psicosomática: Dentro del ámbito médico constituyó el primer intento de explicar la relación entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Se trata de un área cuyas raíces se encuentran en el Psicoanálisis, cuando entre 1935 y 1960 el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad se abordaba desde un enfoque Psicodinámico, mismo que atribuía las enfermedades a los conflictos internos y características de la personalidad del paciente. No obstante, a partir de 1965 comienza a haber un cambio dentro de esta área, en donde paulatinamente comienza a abandonarse la orientación psicoanalítica para buscar explicaciones cuyas bases fueran más sólidas, buscando técnicas terapéuticas que fueran eficaces para el tratamiento de las enfermedades psicosomáticas (Amigo, 1998). Los objetivos de la Medicina Psicosomática son los siguientes: 1) estudiar el papel de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la homeostasis del ser humano, 2) una aproximación holística a la práctica de la Medicina, 3) Acercarse al modelo psiquiátrico de apoyo. Sus diferencias respecto de la Psicología de la Salud más claras se explican en la tabla 1:

Tabla 1. Diferencias entre la Medicina Psicosomática y la Psicología de la Salud

Medicina Psicosomática	Psicología de la Salud
Se centra casi de forma exclusiva en el origen de las enfermedades.	Su interés principal es la promoción de la salud, aunque también investiga etiología, tratamiento, rehabilitación y epidemiología.
Su enfoque teórico principal es el Psicoanalítico.	Su enfoque teórico principal es el Cognitivo Conductual.
Busca acercarse a la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.	Utiliza las técnicas de la Psicología.

Psicología Médica: La definición de Asken (1979, citado en Amigo, 1998) es: *El estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La Psicología Médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La Psicología Médica tiene, además, como foco todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, y enseñanza.*

Se trata de un área en la que caben diversas perspectivas y metodologías incluyendo la Medicina psicosomática, posiciones teóricas distintas y en ocasiones contradictorias, o el uso de técnicas psicológicas para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física (Amigo, 1998). Sus diferencias respecto a la Psicología de la Salud se muestran en la Tabla 2:

Tabla 2: Diferencias entre la Psicología Médica y la Psicología de la Salud

Psicología Médica	Psicología de la Salud
No tiene como objeto de estudio a la salud, sino a los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad.	Su objeto de estudio es el proceso salud-enfermedad.
Olvida el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud.	Reconoce el papel de otras profesiones dentro de la investigación de la

	salud-enfermedad.
Subordina al psicólogo respecto al médico.	Reconoce al psicólogo como profesional de la salud igualmente importante.

Psicología Clínica: Es el área de la Psicología encargada del estudio, diagnóstico y tratamiento de la conducta anormal. El psicólogo clínico estudia para tratar diversos conflictos, que van desde las dificultades relacionadas con la vida cotidiana, situaciones como el duelo, hasta la intervención en trastornos de la personalidad (Feldman, 2002). Su principal diferencia respecto de la Psicología de la Salud es que mientras el objeto de estudio de la Psicología Clínica es la conducta anormal y las alteraciones emocionales y cognitivas, la Psicología de la Salud tiene como objeto precisamente a la salud y a la enfermedad física.

Asimismo, existen diversas aproximaciones teóricas relacionadas con el proceso salud-enfermedad:

Modelo de la creencia sobre la salud (MCS) Propuesto por Becker y Maiman en 1975 (citados en Amigo, 1998), dice que las conductas de salud están determinadas por la vulnerabilidad percibida por el propio sujeto respecto a los riesgos que tiene de enfermar, afirmando que la disposición de un individuo para adoptar conductas de salud está determinada por dos factores: el primero de ellos, *la percepción de susceptibilidad a la enfermedad*, y por otra parte, *la severidad percibida acerca de las consecuencias del padecimiento*. Asimismo, el tomar una conducta de salud dependerá de la evaluación del costo-beneficio que él considere acerca de dicha conducta. Además, este modelo toma en cuenta el papel de otras variables a las que llaman factores de modificación -pues influyen en las creencias sobre la salud- tales como son las demográficas y las psicosociales. Este modelo ha sido cuestionado por otros autores como Wallston y Wallston (citados en Amigo, 1998), quienes dicen que más que un modelo que explique las relaciones entre las variables y la salud, sólo se encarga de enlistar una

serie de parámetros que influyen en la conducta saludable. En este tipo de teorías se destaca el papel del cambio de actitudes y creencias para modificar la conducta, lo cual se hace principalmente a través de técnicas como las campañas informativas, en las que primero debe captarse la atención, para después poder comprender el mensaje que se busca difundir; posteriormente, debe existir una aceptación de las propuestas que plantean. Finalmente, el mensaje debe retenerse para poder llevar a cabo las acciones que se proponen en las campañas, al mismo tiempo que debe tomarse en cuenta la calidad del mensaje, que debe ser claro y directo, aunado al hecho de que la efectividad en muchas ocasiones depende de quién lo presenta, generalmente son más eficaces los comunicadores que se presentan como expertos en la materia y son dignos de confianza, representando una imagen cálida y seria (Amigo, 1998).

Otra técnica socorrida para cambiar las actitudes es la apelación al miedo, especificando las consecuencias indeseables de no practicar comportamientos saludables y convencer de que tales consecuencias son reales, para a su vez clarificar la forma en la que pueden evitarse. En cuanto al cambio de actitudes, éste será más efectivo cuando no entra en contacto con las normas prevalentes y cuando es consistente.

El otro enfoque es el **Cognitivo Conductual**, que hace hincapié en que las conductas de salud son aprendidas, ajustándose a las leyes del aprendizaje, y que hay monólogos internos que pueden estar evitando el cambio en la conducta, tales como “no lo lograré” u otros similares. Tales procesos también se ajustan a reforzamientos internos y leyes del aprendizaje. Los principios que este enfoque utiliza son el Condicionamiento Clásico y el Condicionamiento Operante/Instrumental. También se utiliza el aprendizaje observacional, en el que se enfatiza la importancia que tienen los modelos sobre las conductas de otros, en este caso, los hábitos de salud se encuentran influenciados por la conducta de los demás (Amigo, 1998).

De igual forma se utilizan las técnicas de autocontrol, en las cuales se intenta que el cambio o la adquisición de los hábitos se internalice y se mantenga a lo largo de la vida. Comprende tres momentos, la *autoobservación*, que es utilizada como primer paso para establecer el cambio en el comportamiento, ésta va acompañada del autoregistro, y se lleva a cabo la contabilización de la frecuencia de la respuesta, sus antecedentes y consecuencias. El primer paso dentro del proceso de la autoobservación es discriminar la conducta meta. La segunda fase de la autoobservación es el registro de la conducta mediante técnicas que van desde las más simples, como anotar cada vez que la conducta se presenta, hasta las más complejas, como la descripción de las situaciones y las emociones que la acompañaron. En ocasiones se capacita a las personas para que realicen gráficas que permitan conocer las variaciones en la frecuencia y estímulos que la controlan (Amigo, 1998).

El segundo momento del autocontrol es el de la *autoevaluación*, en la cual se establecen los objetivos del cambio, mismos que se deben marcar de manera cuidadosa, y se trata de establecer conductas específicas que el sujeto deberá desarrollar (Amigo, 1998).

Finalmente, se encuentra el *autorreforzamiento*, en el que se proporciona un estímulo adicional –reforzador– para motivar el llegar a la meta establecida. El reforzador debe elegirse cuidadosamente y encontrarse acorde con las metas y el contexto en el que se origine el autocontrol (Amigo, 1998).

Asimismo, este modelo toma en cuenta el problema de la recaída como uno de los más importantes en la promoción de la salud, utilizando técnicas cognitivo-conductuales para entrenar a los pacientes para poder prevenirla, lo cual, al mismo tiempo es un componente importante en la consolidación de las ganancias del tratamiento a largo plazo (Amigo, 1998, Buceta y Bueno, 2000). Existe una gama de estrategias que pueden fomentar los hábitos saludables, tales como las recomendaciones del médico, que suelen ser muy útiles debido

al prestigio del cual gozan, y a que las personas suelen verlos como figuras de autoridad; de igual forma, es también utilizada la promoción de la salud en el contexto clínico, usando técnicas psicológicas y conductuales en la escala clínica, para poder trabajar con el paciente ajustando las intervenciones a su problema en particular y utilizar la interacción entre paciente y terapeuta para incrementar las posibilidades de éxito (Reynoso y Seligson, 2002; Buceta y Bueno, 2000).

En los medios de comunicación también son útiles las campañas de prevención, dado el impacto y alcance que tienen, sin embargo, se llega a dar el caso de que no funcionen, aunque en otras ocasiones, son exitosas cuando se proporciona información lo suficientemente amplia acerca del tema y con una duración o frecuencia considerables en el medio al que se dirijan (Amigo, 1998).

Es necesario también realizar la promoción de la salud en escuelas, principalmente porque es en la edad escolar cuando se adquieren gran parte de los patrones de conducta que acompañarán a los individuos, haciéndoles entender las implicaciones que pueden tener en este ámbito a nivel social y personal, además de ayudarles a incrementar su competencia para que puedan tomar la mejor decisión acerca de las conductas relacionadas con su salud (Amigo, 1998).

También se lleva a cabo la promoción de la salud en los grupos de autoayuda, en los que a diferencia de las demás aplicaciones no los llevan a cabo profesionales de la salud, sino personas que dada su experiencia directa son conocedores del tema. El grupo proporciona además apoyo, refuerzo, sanciones y feedback sobre las conductas (Arja, Stauder y Nash, 2004).

Los programas comunitarios también son de suma importancia, ya que la promoción de la salud se lleva a cabo en el medio natural donde las personas

se desenvuelven, lo cual puede ayudar a generalizar los resultados, además de que, debido a que las personas viven en la misma comunidad tienen mayor oportunidad de intercambiar información, dar y recibir apoyo social, al mismo tiempo que brindan la oportunidad de que las poblaciones de lugares a los que no llega este tipo de servicios por ser lejanos o de bajos recursos, puedan tener acceso a ellos (Amigo, 1998).

La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual también se orientan al estudio de la Epidemiología, que es el estudio de la etiología y distribución de una enfermedad o condición en una población, y los factores que propician tal distribución, este término también se extiende a causas de malestar y fallecimientos que no necesariamente son consecuencia de enfermedades, tales como las lesiones y las muertes accidentales (Macmahon y Pugh, 1970, citados en Reynoso y Seligson, 2005).

Por su parte, el estudio epidemiológico de los determinantes conductuales en la salud recibe el nombre de Epidemiología Conductual, que consiste en la investigación de la relación entre los factores de riesgo y los protectores en el surgimiento y desarrollo de las enfermedades, tomando en cuenta las características de las poblaciones específicas y las necesidades de las mismas. Sirve para diseñar programas de intervención y prevención especialmente enfocados a la población a la que van dirigidos, partiendo de sus características y necesidades. Estudia la incidencia, prevalencia y distribución de las enfermedades entre la población, participando también en el diseño de programas de intervención (Rodríguez y Jaén, 2004). Su meta primordial radica en descubrir los cambios conductuales que inciden en la morbilidad y mortalidad para conseguir modificaciones favorables para la salud.

Se ha hablado acerca de dos conceptos: promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A continuación se describe a cada uno de ellos:

La promoción de la salud tiene como objetivo principal la adquisición y mantenimiento de inmunógenos conductuales, por lo que mejora la calidad de vida. Enfatiza el papel de los individuos, grupos y organizaciones como principales participantes dentro de las prácticas y políticas de salud.

Aquí es importante mencionar la distinción de Matarazzo (1984, citado en Amigo, 1998) entre lo que él denominó *patógeno conductual* e *inmunógeno conductual*. El primero se refiere a todos aquellos comportamientos que puedan incrementar la susceptibilidad de la persona a las enfermedades más frecuentes. En tanto que un inmunógeno conductual es aquel comportamiento que permite reducir el riesgo de enfermarse, tales como dormir ocho horas diarias, desayunar, no fumar, etc.

Como ya se había comentado, la Psicología de la Salud tiene como un objetivo fundamental la prevención, ésta tiene por finalidad reducir o eliminar los comportamientos que puedan calificarse como patógenos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad. Hace hincapié en el ámbito de la salud pública, al destacar el papel de los profesionales sanitarios y las administraciones públicas en la salud.

Fielding (1978, citado en Amigo, 1998) realizó una clasificación de prevención muy aceptada dentro del área de las Ciencias de la Salud, en la que la prevención puede ser de tres tipos de acuerdo con Amigo, (1998):

Prevención primaria: Medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas. Dentro de este tipo de prevención se encuentra la ya mencionada modificación de los hábitos negativos de salud, sin embargo, estos programas a menudo son parcialmente exitosos debido al número alto de recaídas a mediano plazo. De manera más reciente se han enfocado los esfuerzos a prevenir los hábitos insanos, tales como el tabaquismo.

Prevención secundaria: Esfuerzos para detener el progreso de la enfermedad

una vez que ésta ya se ha presentado.

Prevención terciaria: Son los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de enfermedades que ya han presentado sintomatología, así como minimizar las complicaciones que puedan resultar del padecimiento.

En la bibliografía de los autores Reynoso y Seligson (2005), se agrega un cuarto tipo o nivel:

Prevención cuaternaria: Encaminada a la prevención de un mayor deterioro a causa de complicaciones que ya pudiesen haberse dado, además de hacer énfasis en reducir al máximo la incapacidad y favorecer el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Entre los diversos modelos relacionados con el estudio de la intervención psicológica en el proceso salud-enfermedad se encuentra el Modelo de Intervención en Salud de Mrazek y Haggerty (ver figura 2), que divide los programas en tres fases (citado en Rodríguez y Jaén, 2004):

Prevención:

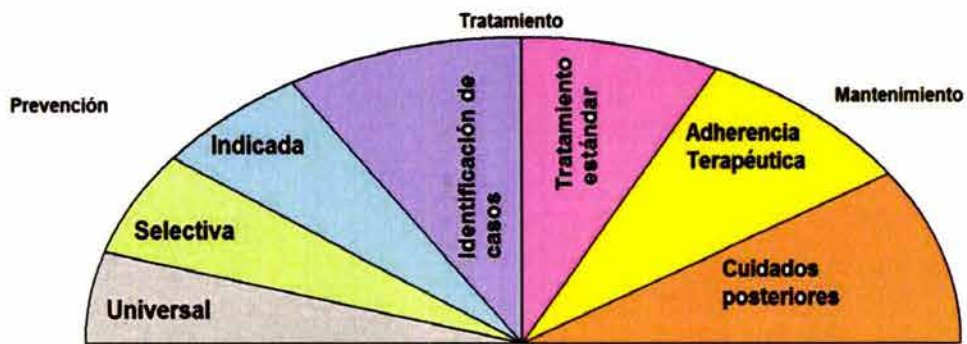
- Primaria (Llamada Universal en este modelo)
- Secundaria (O Selectiva)
- Terciaria (O Indicada)

Tratamiento:

- Dirigido a individuos ya diagnosticados, que incluye intervenciones para retardar la aparición de complicaciones e incluye:
 - Identificación de casos
 - Tratamiento propiamente dicho

Mantenimiento:

- Es de apoyo y naturaleza educativa y farmacológica, con el objetivo de disminuir la incapacidad asociada con el trastorno y evitar recaídas.
- Tratamiento a largo plazo
- Servicios de apoyo y cuidado incluyendo la rehabilitación.



Modelo de Mrazek y Haggerty (1994)

Figura 2. Modelo de Mrazek y Haggerty

Modelos como el de Mrazek y Haggerty resultan de utilidad para el diseño de programas de intervención encaminados al abordaje de diversas enfermedades crónico-degenerativas, que, como se mencionó anteriormente, han sustituido a las patologías infecto-contagiosas como la principal causa de morbi-mortalidad en el mundo.

Una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial es el Asma, cuya prevalencia en niños varía desde el 1 al 30% en las diferentes poblaciones. Se trata de un trastorno inflamatorio crónico, de origen multifactorial de las vías aéreas. Como respuesta a dicha inflamación crónica, dichas vías desarrollan un evento

conocido como Hiperreactividad, caracterizado por obstrucción en el flujo de aire (broncoconstricción, tapones de moco y aumento de la inflamación) cuando estas vías se ponen en contacto con una serie de factores de riesgo, como ácaros en el polvo casero, animales, polen, estados de ánimo, irritantes químicos y medicamentos, entre otros (O'Byrne, Bateman, Bousquet, Clark, Paggario, Ohta, Pedersen, Singht, Soto-Quiros, Cheng, 2006). No existe una definición aceptada de manera unánime, pues su conjunto de síntomas no es exclusivo ni definitorio del Asma, existe variabilidad en las manifestaciones clínicas entre los individuos e inclusive en el mismo sujeto, además, su etiología no se conoce con exactitud. La inflamación que caracteriza a la enfermedad es el resultado de una interacción compleja entre diversas células: células cebadas, eosinófilos y linfocitos T (Huerta, 2001).

La inflamación del epitelio se encuentra relacionada con la ya mencionada hiperreactividad bronquial, condición que se define por un incremento en el tono y la facilidad del músculo liso para contraerse, a lo cual se le llama broncoconstricción (Buceta y Bueno, 2000).

En los individuos susceptibles, la inflamación epitelial determina episodios o ataques recurrentes de tos, sibilancias, opresión torácica o dificultad respiratoria, lo cual es resultado de la limitación al flujo de aire ocasionada por la broncoconstricción, el edema de la pared bronquial, la hipersecreción de moco o la remodelación de la vía aérea (Navarro, Martín y Pérez, 2006). Los pacientes suelen tener otros signos que revelan la severidad de las crisis, como cianosis, aletargamiento, dificultad al hablar, taquicardia e hiperinflación del tórax (Cuevas, 2003). Como ya se había comentado, existen diferencias inter e intra individuales en las manifestaciones clínicas de este trastorno debido a la variabilidad, la intermitencia y la reversibilidad que caracterizan a esta enfermedad.

La *variabilidad* consiste principalmente en las diferencias que pueden existir, tanto en la severidad de las crisis como en el estado global del paciente.

En cuanto a la *intermitencia*, ésta se refiere a la regularidad con la que se presentan las crisis asmáticas; los episodios de un broncoespasmo pueden ocurrir con mucha frecuencia en cortos períodos e intercalarse con fases en las cuales el paciente permanece asintomático (Buceta y Bueno, 2000).

Finalmente, la *reversibilidad* consiste en que la obstrucción de las vías respiratorias experimentada durante las crisis puede remitir como resultado del tratamiento adecuado, por lo que el estado físico del paciente puede regresar a un nivel lo más cercano a la normalidad cuando el broncoespasmo ha terminado (Buceta y Bueno, 2000).

Según la Global Initiative for Asthma (O'Byrne, et al. 2006), el Asma se puede diagnosticar usualmente con base en la historia médica del paciente y en la sintomatología, que es la siguiente:

- Episodios recurrentes de sibilancias (más de una ocasión por mes)
- Tos o sibilancias inducidas con el ejercicio
- Tos nocturna durante los períodos agudos sin virosis asociada
- Ausencia de sibilancias que varían con estaciones
- Síntomas que persisten después de los tres años
- Síntomas que aparecen o empeoran con la presencia de factores de riesgo ambientales
- Historia de que el resfriado “se les va al pecho” o cuya duración es mayor a diez días
- Síntomas que mejoran cuando se inicia tratamiento para el Asma

Otro aspecto a tomar en cuenta para establecer el diagnóstico clínico son los signos, sobre algunos de los cuales ya se había hecho mención (Pág. 68, párrafo 3), aunque existen otros, como la agitación, habla entrecortada, apariencia o apertura mayor de las narinas durante la respiración, así como el uso de los músculos accesorios al

respirar (Cuevas, 2003).

Para establecer el diagnóstico funcional es importante la realización de pruebas de función pulmonar, lo que proporciona información sobre la reversibilidad, severidad y variabilidad en la limitación al flujo del aire (O'Byrne et al. 2006).

El método preferente para medir la limitación al flujo del aire y su reversibilidad para establecer el diagnóstico de Asma es la Espirometría. Las mediciones espirométricas brindan información acerca del funcionamiento de los pulmones a través de la determinación de capacidades, volúmenes, flujos, como la capacidad vital, capacidad vital forzada y la más importante para valorar la limitación al flujo del aire y la severidad del Asma: el volumen forzado de aire que puede ser espirado en un segundo (FEV1). Un aumento mayor o igual al 12% en el FEV1 después de administrar un broncodilatador indica reversibilidad a la limitación en el flujo del aire, lo cual se encuentra correlacionado con el Asma (Cuevas, 1999; O'Byrne, et al. 2006). Este estudio se lleva a cabo en ambientes hospitalarios o en clínicas especializadas, en donde se utiliza para diagnosticar y dar seguimiento a la enfermedad a largo plazo.

Otro procedimiento es la *Flujometría*, que mide el flujo espiratorio pico (PFE), es decir, un índice que permite conocer la rapidez con la que se mueve el aire a través del árbol traqueobronquial después de una espiración forzada. Su importancia se extiende tanto al diagnóstico como al monitoreo. El flujómetro es el instrumento con el que se realiza esta medición. Éste puede ser utilizado no sólo por los especialistas, sino por el propio paciente en casa, lo cual es muy útil, ya que se trata de equipo portátil y cuyo costo no es elevado. Asimismo, se trata de un instrumento sencillo de utilizar, y pese a existir diferentes tipos, comparten instrucciones similares de uso:

- 1) El paciente tiene que inspirar profundamente, sostener el aire, colocar la boquilla entre los labios y espirar lo más rápido y fuerte posible, teniendo cuidado de no colocar la lengua en la entrada de la boquilla.

- 2) Debe registrar el resultado y regresar el marcador del flujómetro al punto cero.
- 3) Deberá repetir la prueba dos veces más, para finalmente seleccionar el valor más alto (Cuevas, 1999; Glaxo Smithkline, 2004).

En cuanto al diagnóstico diferencial, es importante mencionar que las sibilancias y la tos no son exclusivas del Asma, principalmente en los niños menores de 5 años, por lo que mientras más joven sea el paciente es más probable que exista un diagnóstico alternativo que explique la presencia de la tos y las sibilancias (O'Byrne et al., 2006).

En el caso de los pacientes menores de 5 años, el diagnóstico se basa principalmente en la clínica, mediante la historia y los hallazgos durante el examen físico. Dado que en este grupo es complicado realizar las pruebas de función pulmonar, es útil realizar una prueba terapéutica con broncodilatadores de acción corta o glucocorticoesteroides inhalados, en donde se apoya el diagnóstico de Asma cuando hay mejoría evidente con el tratamiento y existe deterioro cuando se suspende (O'Byrne, 2006).

En todos los grupos etarios la limitación del flujo aéreo puede ser indicador de otras patologías asociadas de origen congénito o adquirido, entre los que se encuentran la Bronquilitis, Bronconeumonía, Estenosis Subglótica, en el caso de los lactantes; Papilomas, Cuerpos extraños, Cardiopatías, Hipertrofia adenoidea, en el caso de los preescolares; mientras que en los escolares: Estenosis de bronquio, Bronquiectasias, Neoplasias, Alveolitis extrínseca (Cuevas, 2003). Por lo anterior el médico debe investigar detalladamente los síntomas para descartar o confirmar otras patologías.

Las exacerbaciones (crisis o ataques) de Asma son episodios en los que se presenta un incremento progresivo de falta de aire, tos, sibilancias y opresión torácica, o bien, la combinación de los síntomas (O'Byrne, 2006). Los ataques graves ponen en riesgo la vida del paciente. Los niños y adolescentes constituyen un grupo con riesgo elevado de muerte relacionada con el Asma, por lo que deben recibir atención médica urgente en el curso de las exacerbaciones, principalmente quienes:

- Tengan una historia de cuadros de Asma grave
- Durante el último año han sido hospitalizados, han recibido atención en urgencias o sometidos a intubación debido al Asma.
- Quienes toman o han dejado de tomar recientemente glucocorticoides orales.
- Los dependientes de los B2 Agonistas inhalados de acción rápida.
- Con historia de falta de adherencia terapéutica.
- *Con antecedentes de problemas psicosociales o en los que no haya aceptación del padecimiento (O'Byrne, et al., 2006).*

Los pacientes deben buscar atención médica urgente cuando:

El ataque es grave.

- El paciente presenta disnea en reposo, inclinado hacia delante, habla con palabras entrecortadas, se muestra agitado, adormecido o desorientado, tiene braquicardia o su frecuencia respiratoria es mayor a 30 respiraciones por minuto.
- Las sibilancias son muy fuertes
- El pulso es mayor a:
 - 160/min. En lactantes
 - 120/min. En niños de 1 a 2 años
 - 110/min. En niños de 2 a 8 años
 - El niño se encuentra exhausto
- La respuesta al tratamiento broncodilatador inicial no es rápida o no se mantiene durante al menos 3 horas.
- No hay mejoría en el plazo de 2 a 6 horas posterior al uso de glucocorticoides orales.
- Hay deterioro posterior (O'Byrne, et al., 2006).

El tratamiento inmediato requerido en un ataque de Asma:

- Si el paciente se encuentra hipoxémico: Oxígeno, que es suministrado en un centro hospitalario.
- Los Agonistas Beta 2 (B2) inhalados de acción rápida en dosis adecuadas son básicos.
- Los glucocorticoides orales, que son indicados en el curso temprano del ataque de Asma moderado o severo ayudan a revertir la inflamación y aceleran la recuperación.

Existen diversos factores de riesgo que pueden desencadenar una crisis asmática; el paciente, apoyado por el médico debe identificar cuáles son los factores que en su caso constituyen los desencadenantes, mismos que pueden ser:

- Infecciones respiratorias
- Cambios bruscos de clima
- Pelo, caspa y plumas de animales
- Humo de cigarro/leña
- Aerosoles químicos
- Polvo casero (ácaros)
- Contaminación ambiental
- Fármacos como el Ácido Acetilsalicílico
- Contaminación ambiental
- Polen
- Emociones fuertes

¿Cómo evitar los factores desencadenantes?

- Mantener al niño alejado del polvo, el pelo las plumas o la caspa de animales.
- Protegerlo del frío y los cambios bruscos de temperatura.
- Evitar acercarse a las flores.

- Lavar la ropa de cama con frecuencia, en agua caliente y secarse al sol. Además es recomendable que las sábanas, colchas, fundas y cobertores sean a prueba de polvo.
- Procurar que el niño no se encuentre cuando se realizan las labores domésticas.
- Procurar que nadie fume cerca del niño.

El grado de sintomatología, la limitación al flujo del aire y la variabilidad en las pruebas de función pulmonar han permitido que el Asma sea clasificada por su severidad (intermitente, leve intermitente, persistente leve, persistente moderado o persistente severo). No obstante, la severidad es una característica que puede variar con el tiempo en el paciente.

Por lo anterior, se ha creado una nueva clasificación por nivel de control, la cual se considera más útil para el manejo del Asma. Dicha clasificación se muestra en la siguiente tabla (O`Byrne, et al, 2006):

Tabla 3. Niveles de control del Asma

Niveles de control del Asma			
Característica	Controlado	Parcialmente controlado	No controlado
Síntomas diurnos	No (2 o menos veces por semana)	Más de dos veces/sem.	Tres o más características del Asma no controlada presentes en cualquier semana
Limitación en las actividades	No	Alguna	
Síntomas nocturnos	No	Alguna	
Necesidad del medicamento de recate	No (2 o menos/sem.)	Más de dos veces/sem.	
Función pulmonar (PEF/FEV1)	Normal	<80% valor predictivo o mejor	

		valor personal	
Exacerbaciones	No	Una o más/ año	Una vez/sem.

El tratamiento farmacológico del Asma se puede clasificar en medicamentos sintomáticos (de rescate o broncodilatadores) y preventivos (antiinflamatorios). Normalmente se usan ambos (Huerta, 2001).

Los **antiinflamatorios** deben utilizarse continuamente para prevenir síntomas y exacerbaciones, así como para mejorar la función pulmonar (O'Byrne, et al., 2006). Su efecto es a largo plazo, por lo que al utilizarlos los síntomas no desaparecen de inmediato, de modo que su uso constante se vuelve fundamental. Entre estos medicamentos se encuentran:

Cromoglicato y Nedocromilo: Son inhalados y prácticamente no tienen efectos secundarios (Chapela y Bojórquez, 2007).

Esteroides inhalados: Son los mejores medicamentos antiinflamatorios para el tratamiento del Asma en todas las edades, su principal acción es reducir el infiltrado crónico de los eosinófilos a las vías aéreas. Reducen las exacerbaciones del Asma, previniendo cuadros agudos, además de que han reducido la mortalidad por dicha enfermedad. Para el uso pediátrico se recomiendan la fluticasona, el budesonide y la mometasona (Huerta, 2001).

Antileucotrienos: Son efectivos en el Asma inducida por alérgenos, por ejercicio, por aire frío y por aspirina (Huerta, 2001).

Los **broncodilatadores o de rescate** se usan para abrir los bronquios cuando estos comienzan a cerrarse, además de que ayudan a disminuir la producción de moco. Cuando se utilizan, ayudan a disminuir los síntomas del Asma, por lo que su efecto es a corto plazo (Huerta, 2001). Entre estos se encuentran:

- B2 Agonistas de corta acción: durante mucho tiempo han sido el medicamento más utilizado para el tratamiento de los síntomas. Tienen un mecanismo de acción selectiva sobre receptores B1 de los bronquios, produciendo relajación del músculo liso, además de inhibir la liberación de mediadores químicos de las células cebadas del bronquio. Son de gran efectividad para prevenir el Asma infantil inducida por alérgenos o por ejercicio, aunque no suprimen la inflamación crónica de las vías aéreas ni reducen la hiperreactividad bronquial (Huerta, 2001).
- B2 Agonistas de larga acción: Algunos como el salmeterol y formoterol producen efectos satisfactorios de broncodilatación y broncoprotección por lo menos durante 12 horas. Al igual que los B2 de acción corta, no tienen efectos antiinflamatorios, por lo que se recomienda utilizarlos junto a esteroides inhalados (Pérez, 2003).
- Esteroides orales: Tienen un efecto antiinflamatorio, reducen el flujo de eosinófilos y facilitan la acción de los B2 adrenérgicos (Huerta, 2001).
- Teofilinas: Han sido empleadas durante más de 50 años, sin embargo, su uso se ha reducido debido a la aparición de los B2 agonistas. Su efecto dilatador es efectivo, sin embargo, originan efectos secundarios cuando se utilizan en dosis elevadas, tales como cefalea, palpitaciones y náuseas (Huerta, 2001).

Comúnmente el niño requiere la utilización de medicamento inhalado, con frecuencia una combinación de esteroides y beta-Agonistas de acción prolongada. Normalmente su presentación puede ser en forma de un inhalador de dosis media con cámara espaciadora o bien, en presentación de disco.

En el caso del inhalador de dosis media, el procedimiento para su utilización es el siguiente:

- 1- Abrir la tapa del inhalador, cerciorándose de que no existan objetos extraños
- 2- Agitar el inhalador durante 30 segundos
- 3- Colocar la boquilla del inhalador dentro del espaciador
- 4- El niño deberá expulsar todo el aire de sus pulmones
- 5- Deberá recargar ligeramente la cabeza hacia atrás
- 6- Ajustar bien la máscara de la inhalocámara para evitar que el medicamento salga por las orillas
- 7- Disparar una vez el inhalador
- 8- Respirar lenta y profundamente durante 10 segundos a través de la inhalocámara

El uso del disco sigue este procedimiento:

- 1- Abrir el protector de la pieza.
- 2- Empujar con el pulgar la palanca de liberación de dosis hasta que suene un "click".
- 3- Expulsar el aire hasta sentir que los pulmones han quedado vacíos.
- 4- Inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás.
- 5- Colocar los labios alrededor de la boquilla e inhalar lenta y profundamente.
- 6- Contener el aliento de 6 a 10 segundos (Glaxo Smith Kline, 2004).

El Asma no se cura, sin embargo, ésta sí puede ser controlada con un manejo y tratamiento apropiados de modo que las crisis se reduzcan. Si bien, el Asma es una enfermedad crónica, no tiene por qué ser un padecimiento debilitante progresivo, pues cuando se realizan los tratamientos adecuados y se toman las medidas para evitarla, los niños pueden participar en actividades normales (Amigo, 1998), por ello, es necesario que el paciente establezca un plan para el autocontrol de su Asma con asesoría del médico que lo atiende. Para ello es importante que le describa detalladamente los aspectos relacionados con su padecimiento: inicio, sintomatología, cómo es afectado por los factores de riesgo, el tratamiento farmacológico que ha utilizado y si le ha funcionado, si son más fuertes de día o de

noche o si existen antecedentes heredofamiliares de la enfermedad (Chapela y Bojórquez, 2007). A continuación se cita la definición de Chapela y Bojórquez (2007) acerca del autocontrol: *“El autocontrol es la capacidad de un enfermo asmático de tomar las medidas necesarias para que los síntomas de su enfermedad sean mínimos y se presenten con la menor frecuencia posible”*. De acuerdo con O’Byrne et al. (2006), el monitoreo continuo es de gran importancia para lograr mantener el control y así establecer la dosis terapéutica más baja, de modo que se minimicen los costos, a la vez que se procura la máxima seguridad del paciente. Asimismo, los expertos sugieren que después de la primera valoración el paciente sea valorado cada mes o cada tres meses. Luego de una exacerbación se debería hacer el seguimiento en 15 días o luego de un mes (O’Byrne et al. 2006). Es importante que visite frecuentemente al médico para conocer el comportamiento de la enfermedad, para que con base en ello éste le indique las medidas a tomar, las cuales no son siempre iguales, sino que varían según la gravedad del Asma en cada momento. Esto le ayudará al paciente a: evaluar la gravedad de su enfermedad y tomar las medidas más convenientes (Chapela y Bojórquez, 2007).

Una vez establecido el plan, el paciente, con ayuda de sus padres, o las personas que se encuentren a su cuidado, deberán ponerlo en práctica:

1. El primer punto es que el niño evite lo más posible entrar en contacto con los factores que ha identificado como de riesgo.
2. Asimismo, deberá evaluar su Asma, lo cual puede hacer mediante un autoregistro, en donde deberá anotar sus síntomas diariamente, así como el valor del PFE que marque el flujómetro.

Otra forma de evaluación puede realizarse a través de colores, similar a un semáforo, en donde el paciente, diariamente debe anotar verde, amarillo o rojo según sus síntomas:



- *Verde*: Asintomático, actividad normal, sueño tranquilo; no hay peligro aparente.
 - *Amarillo*: Tos, sibilancias, actividad restringida, sueño intranquilo. Deben tomarse acciones para mejorar el control.
 - *Rojo*: Tos, dificultad para respirar, hablar y caminar. Cuando el paciente muestra dichas características, es necesario que acuda a recibir ayuda médica (Cuevas, 2003).
3. El tercer punto es tomar los medicamentos que necesite, mismos que según los expertos, como Chapela y Bojórquez (2007), varían según el estado del paciente. El padecimiento cambia a lo largo de la vida del sujeto, por lo que el plan de manejo debe ajustarse a sus necesidades y a su situación.

Pese a los estudios existentes acerca del tratamiento farmacológico, los síntomas de morbi-mortalidad debidos al Asma no han disminuido, e inclusive se mantiene una tasa alta en el número de ingresos hospitalarios, los días de ausentismo escolar, y los costes sanitarios, así como en la mortalidad debida a este padecimiento, aunque de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2008) las muertes por Asma infantil continúan siendo bajas en comparación con otras causas como los accidentes en vehículos de motor o la Leucemia (tablas relacionadas con la mortalidad por Asma infantil hasta el año 2005, a partir del Anexo 4), sin embargo, su creciente aparición ha originado que se le otorgue atención desde un punto de vista interdisciplinario, en donde la Psicología ha buscado abrirse camino y ha tratado de clarificar las variables psicológicas en el transcurso del Asma, y aunque no se ha encontrado evidencia de que la relación sea a nivel etiológico, sí se ha comprobado que las emociones, cogniciones y conductas tienen capacidad para afectar el funcionamiento pulmonar (Buceta y Bueno, 2000).

Existen diversos factores psicológicos implicados en el Asma, y aunque desde la era hipocrática ya se afirmaba que *“el paciente asmático debe estar atento contra la*

ira" (Buceta y Bueno, 2000), a lo largo de la historia el papel de estos agentes se ha encontrado sometido a controversias, pues desde una perspectiva biomédica, el Asma ha sido concebido como un trastorno meramente orgánico, en el que el estado emocional del paciente no influye de ningún modo, mientras que desde el punto de vista de autores con una orientación psicoanalítica, los conflictos psicológicos son determinantes; es por ello que durante los últimos 30 años se han dirigido esfuerzos a esclarecer el papel de las variables psicológicas en el Asma, encontrándose que además de tener la capacidad de precipitar las crisis, condicionar las manifestaciones clínicas y los índices de morbilidad y mortalidad, se interrelacionan con otro tipo de variables de influencia en el curso de la enfermedad, aunado al hecho de que la enfermedad tiene la capacidad de provocar diversas alteraciones psicosociales en el paciente y su núcleo familiar (Buceta y Bueno, 2000; Reynoso y Seligson, 2005).

Entre los factores de índole psicológico que pueden precipitar las crisis se encuentran los procesos de Condicionamiento: Clásico, según el cual, la enfermedad (que sería el Estímulo Incondicionado) puede extender su rango de eventos precipitantes a aquellos estímulos que inicialmente eran neutros cuando se les ha sometido a un adecuado proceso de Condicionamiento. El estudio más conocido acerca de lo anterior fue documentado por Mc Kenzie, en el año de 1886 (citado en Buceta y Bueno, 2000), en el que una paciente con alergia a las rosas desarrollaba los síntomas asmáticos aún cuando le eran presentadas rosas de papel, con lo que se demostró empíricamente que los factores psicológicos tienen capacidad para afectar el funcionamiento pulmonar. No obstante, la evidencia experimental es escasa, y los trabajos existentes tienen deficiencias metodológicas, lo cual ha dificultado establecer con certeza la relevancia de este tipo de procesos de Condicionamiento (Amigo, 1998; Buceta y Bueno, 2000).

Por su parte, el Condicionamiento Operante considera que algunas conductas propias del Asma como la tos, los estornudos, e inclusive las sibilancias pueden ser producidas como respuestas instrumentales que permiten obtener alguna ganancia

secundaria (por ejemplo, cuidados o algún privilegio), aunque no necesariamente se trataría de respuestas que reflejen auténticamente la sintomatología del Asma, sino que serían comportamientos que mimeticen los síntomas de la enfermedad (Ortigoza, Quiles y Méndez, 2003).

De la misma forma, se ha estudiado el papel de las emociones principalmente a través de dos enfoques metodológicos: 1) Estudiando las emociones producidas en la vida cotidiana del paciente y 2) Estudiando las emociones producidas experimentalmente en el paciente (Buceta y Bueno, 2000).

El primer enfoque ha puesto de manifiesto que acontecimientos de la vida cotidiana como los estresores y las situaciones de vida en el paciente se relacionan con cambios en la función respiratoria. Se ha propuesto que la relación entre las emociones y la aparición de los síntomas asmáticos se puede explicar como sigue:

Emoción → Síntoma: En este caso, la simple aparición de la emoción, como la tristeza, la ira o incluso la felicidad exacerbada, entre otras, puede originar los síntomas. Los pacientes que presentan mayores niveles de ansiedad y depresión muestran una mayor severidad de los síntomas y peor respuesta al tratamiento (Buceta y Bueno, 2000). Como podrá verse en los resultados obtenidos en las actividades del programa de Servicio Social relativas al trabajo grupal de los pacientes, en la interpretación de las pruebas grafoproyectivas, algunos de los rasgos de personalidad más encontrados en los pacientes hospitalizados fueron precisamente ansiosos y depresivos.

La ansiedad es uno de los aspectos psicológicos más estudiados en relación con el Asma. Kinsman, Dirks y Dahlem, junto con su equipo de colaboradores en la época de los setentas (Kinsman, Dirks y Dahlem, 1980) desarrollaron una serie de investigaciones precisamente concernientes al papel de la ansiedad sobre las respuestas de los pacientes, así como su influencia sobre la evolución clínica del trastorno, identificando el pánico-miedo (P-M) como la variable psicológica de

mayor relevancia en el Asma.

La dimensión Pánico-Miedo, puede verse desde dos vertientes: la primera de ellas centrada en los síntomas, y la segunda, el P-M como una dimensión de la personalidad.

La dimensión P-M centrada en los síntomas se refiere a la experiencia subjetiva de pánico y miedo experimentada por el paciente durante la exacerbación de los síntomas, y determina el comportamiento durante el broncoespasmo. Quienes tienen altos puntajes en la sintomatología del P-M se mantienen en constante vigilancia, y suelen utilizar con mayor frecuencia, e inclusive en exceso la medicación. Mientras tanto, quienes muestran un menor puntaje en la dimensión P-M muestran una escasa atención a sus dificultades respiratorias, dejando avanzar sus crisis, además de presentar un déficit en la medicación y registran una tasa mayor de hospitalizaciones y visitas a Urgencias, pues tienden a ignorar los signos de comienzo de las crisis (Buceta y Bueno, 2000).

Por su parte, el P-M como una dimensión de la personalidad es la más relevante en la evolución del Asma, determina las actitudes del paciente y sus conductas de autocuidado, situándose a lo largo de un continuo que va desde la indefensión, la ansiedad y la excesiva dependencia hasta el extremo contrario, en donde existe una independencia irrealista, en la cual rechazan la ayuda incluso cuando la necesitan. Quienes presentan niveles altos de P-M como dimensión de la personalidad suelen exagerar y maximizar su sintomatología, tienen una adherencia terapéutica deficiente, alternando períodos de abuso de los fármacos con otros de reducción de las dosis como consecuencia de su temor a los efectos secundarios que pudiera tener la medicación, lo cual tiene repercusiones en las tasas de hospitalización y visitas a las salas de Urgencias. Por el contrario, quienes registran niveles bajos en esta escala niegan la ansiedad o preocupación por su padecimiento, minimizando su sintomatología, restando importancia a la enfermedad y mostrando una adherencia terapéutica deficiente (Buceta y Bueno, 2000).

Emoción → Reacción fisiológica → Síntoma: Se propone que una emoción, como la ira, puede provocar gritos, incrementar la frecuencia respiratoria o aumentar la actividad física, por lo que podría aparecer la sintomatología.

Síntoma → Emoción: La aparición del síntoma asmático puede dar origen a emociones aversivas, sobre todo cuando no se cuenta con el suficiente conocimiento acerca de la enfermedad, cuando el grado de percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad es alto, y cuando se considera que el padecimiento compromete de manera considerable la vida del paciente.

Pautas socioculturales → Comportamiento → Síntoma: En este caso, una conducta que busque ajustarse a las normas sociales puede desencadenar los síntomas, por ejemplo, si a un paciente le ofrecen un alimento alergeno y le da vergüenza rechazarlo, por lo que decide aceptarlo para no mostrar descortesía, sin embargo, se encontrará en riesgo de presentar la sintomatología propia de su enfermedad (Amigo, 1998).

No obstante, los efectos psicológicos del Asma también pueden observarse a una escala mayor, en donde la calidad de vida del paciente se ve afectada mediante diferentes agentes, entre los que se encuentra la incertidumbre causada por el carácter episódico y en ocasiones impredecible del Asma, el hecho de convivir con una enfermedad crónica, las limitaciones en la actividad, los trastornos emocionales que pueden derivarse o exacerbarse con la enfermedad, así como las repercusiones en el ámbito familiar.

En el caso de las limitaciones en la actividad, en los niños el ámbito más afectado a consecuencia del padecimiento es el escolar, pues el Asma es una de las principales causas de ausentismo (Freudenberg, 1980, citado en Ortigoza, et al. 2003), con el respectivo impacto en el aprendizaje y el desempeño posterior, que se ven afectados de manera negativa por las faltas, la fatiga ocasionada por los

síntomas nocturnos, la irritabilidad y el déficit de atención que se presenta como una consecuencia de lo anterior. Asimismo, se ven restringidas otras actividades, como la práctica del ejercicio al aire libre, que implican exposición a estímulos ambientales perjudiciales para el paciente (Amigo, 1998).

Por otra parte, ya se comentó que la ansiedad y el pánico representan dos de las alteraciones emocionales de mayor relevancia en el curso del Asma, sin embargo, a éstas deberá agregarse una tercera: la depresión, misma que puede surgir como consecuencia de los sentimientos de inferioridad y minusvalía, originados por agentes como la cronicidad de la enfermedad, la dificultad respiratoria y la percepción de vulnerabilidad por parte del paciente (Buceta y Bueno, 2000).

Sin embargo, no sólo se presentan repercusiones en el propio paciente, sino también en su entorno familiar, ya que los miembros deben hacer modificaciones en sus estilos de vida, además de requerirse un cuidador primario que se haga cargo del paciente, quien debe alterar o limitar sus actividades debido a la responsabilidad adicional, por lo que es frecuente que también presente alteraciones emocionales, entre las que se encuentran la ansiedad, la indefensión, desesperanza y frustración, por lo que resulta necesario compartir la responsabilidad del cuidado del paciente asmático, ofreciendo ayuda al cuidador, y permitiéndole a éste un tiempo de descanso, así como la expresión de sus opiniones y emociones, de manera que se convierta en un esfuerzo común a aquellas personas más inmediatas a ellos, de modo que se fomente la extensión de las **Redes de Apoyo Primarias**, que se refieren precisamente a los recursos sociales cercanos de los que disponen el paciente y el cuidador, como otros familiares y amigos (Rodríguez y Rojas, 1998). Mientras tanto, las **Redes de Apoyo Secundarias** se refieren a los recursos sociales a nivel macro con las que cuenta el paciente, tales como instituciones de salud (en el caso de la población a la que va dirigido el estudio una Red Secundaria de Apoyo sería el INER).

Desde el enfoque Sistémico, también existen las familias psicósomáticas,

caracterizadas por la presencia de un paciente identificado, el cual en Psicología, fundamentalmente en el ámbito de la Terapia Familiar es conocido como el “chivo expiatorio”, quien se encarga de actuar la sintomatología familiar, y se convierte en el receptáculo de las carencias ocasionadas por una mala organización, el caos, la rigidez y la disgregación (Rodríguez, Kanán, Barbosa Tejeda y León, 2007).

Existen cuatro principales características de las familias psicósomáticas (Meijer, Griffioen, van Nierop y Oppenheimer, 1995):

Aglutinamiento: Los miembros de la familia se sobreinvolucran recíprocamente. Los límites generacionales e individuales no existen o son frágiles y hay confusión de roles.

Hiperprotección recíproca: Los miembros de la familia muestran entre sí un alto grado de solicitud e interés recíproco, se protegen y se estimulan, especialmente cuando el paciente asume un comportamiento sintomático, todos los demás miembros se movilizan para protegerlo, logrando sofocar los conflictos familiares.

Rigidez: En este caso, la familia se resiste al cambio, presentándose como una familia armoniosa, en donde aparentemente el único conflicto que existe es la enfermedad del paciente. Tienen escasas relaciones con el exterior y la familia se aferra a la conservación de la propia homeostasis.

Evitación del conflicto: La familia presenta un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto y en ella se aplican todo tipo de mecanismos para evitarlo; con esto la familia logra ocultar el problema. El paciente asume un rol central y vital. Cuando la tensión entre los padres sube de manera amenazante, el síntoma del niño asmático logra el bloqueo de ese conflicto, atrayendo la atención de toda la familia.

Otro aspecto de trascendencia es la *Adherencia Terapéutica*, un factor que si bien no afecta directamente sobre el calibre bronquial, sí puede desempeñar un papel

relevante en la evolución del Asma, incidiendo en aspectos como la frecuencia y la duración de las crisis, la cantidad y la potencia de los fármacos necesitados, el número de hospitalizaciones y las tasas de ausentismo escolar (Buceta y Bueno, 2000). Se considera un factor de predominio psicológico en tanto que implica la adquisición de comportamientos saludables y hábitos preventivos y de autocuidado, como estar atento a los signos prodrómicos, suministrar la medicación, así como evitar los factores provocadores que dependen de agentes tanto internos como externos al paciente (Rodríguez, 1999). Entre ellos se encuentran: el nivel de conocimientos respecto a la enfermedad, la percepción del grado de obstrucción bronquial, actitudes y creencias sobre la enfermedad, la Autoeficacia y variables emocionales, mismas de las que ya se había hablado (pág. 81, párrafo 4); todos ellos son factores intrapersonales y sobre ellos es en donde el psicólogo ejerce mayor acción durante su intervención. Asimismo, pueden encontrarse factores externos al paciente, entre los que se encuentran las ya mencionadas Redes Sociales de Apoyo (de las que se habló en la Pág. 84, párrafo 2), tanto Primarias como Secundarias, los recursos económicos con los que cuente para costear el tratamiento y la atención médica, así como las variables propias del tratamiento. Los externos ejercen una influencia sobre los intrapersonales, y se inmiscuyen en un proceso interactivo (Buceta y Bueno, 2000).

La Adherencia Terapéutica implica un compromiso respecto al cumplimiento y apego a las instrucciones del personal de salud respecto al cuidado que debe tener el paciente, en este caso, con ayuda para los papás para controlar su enfermedad y así incrementar las posibilidades de éxito terapéutico (Amigo, 1998). Igualmente implica incluir las medidas dentro del estilo de vida del paciente. A continuación se explican los factores que se relacionan con la Adherencia Terapéutica:

La participación de los pacientes tiene el potencial de ser decisiva en el curso de la enfermedad, previniendo las crisis y manejándolas adecuadamente cuando se presentan, de modo que se obtenga un adecuado control de la enfermedad (Buceta y Bueno, 2000; Amigo, 1998). No obstante, de acuerdo con Buceta y Bueno (2000),

menos de un 40% de los pacientes asmáticos se adhiere al plan de tratamiento, mientras que de acuerdo con Amigo (1998), aproximadamente un 50% de los pacientes que tienen una enfermedad crónica se adhieren al plan terapéutico (cabe señalar que estas cifras pueden variar, y tomar en cuenta que las que se exponen son de hace 10 años). Asimismo, estudios hechos por autores como Glanz, Fiel, Swartz y Francis (1984, citados en Buceta y Bueno, 2000) sugieren que aquellos pacientes que no se adhieren al tratamiento farmacológico usualmente tampoco se adhieren a las medidas establecidas en otras áreas como el control ambiental o las conductas a ejecutar en una crisis.

En cuanto a las **variables propias del tratamiento**, la necesidad de utilizar medicamentos es una de las razones por las cuales las personas no se adhieren al régimen, dado que se asocian a tasas elevadas de olvidos y exceso o déficit en su utilización. Asimismo, las tasas bajas de adherencia se relacionan con la complejidad del tratamiento, en cuanto a la cantidad y frecuencia a utilizar, así como la dificultad que perciban en su uso (Buceta y Bueno, 2000; Amigo, 1998). Cuanto más complejo e interferente en la vida del paciente, más duradero y supervisado en menor medida, la adherencia terapéutica será más baja.

La presencia o carencia de **conocimientos relacionados con la enfermedad y el tratamiento** es otra de las variables psicológicas implicadas en el apego al tratamiento e influye en las expectativas y creencias sobre las causas, curso y consecuencias de la enfermedad. El conocimiento acerca del padecimiento constituye un factor necesario –aunque no suficiente- para llevar a cabo comportamientos eficaces de autocuidado y eliminar o disminuir mitos acerca del padecimiento que pueden llevarlo a consecuencias como comportamientos inadecuados, emociones negativas, miedo y la elevación de los niveles de estrés (Buceta y Bueno, 2000). En el año 2003 Ávila, Fonseca y Expósito, de la Facultad de Excelencia “Calixto García Iñiguez”, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, publicaron un artículo en el que describen un programa de Intervención Comunitaria en el cual se estudió la influencia de técnicas psicológicas

y ejercicios terapéuticos en pacientes con Asma de 10 a 14 años y sus familiares, en donde se impartieron clases teóricas y prácticas relacionadas con aspectos del Asma como su concepto, factores desencadenantes, manejo familiar, control ambiental, ejercicios de respiración, relajación y físicos, así como las conductas a ejecutar durante las crisis e intercrisis, encontrándose que la educación a pacientes y familiares mejoró el comportamiento adoptado durante las crisis y disminuyó la frecuencia e intensidad de éstas (Ávila, Fonseca y Expósito, 2003).

A estos factores se agrega el **grado de percepción de obstrucción bronquial**. La percepción de los síntomas es importante dado que permite poner en marcha los comportamientos adecuados para el control de las crisis, dado que a medida que el calibre bronquial se reduce, la persona experimenta una mayor dificultad respiratoria. Una deficiente percepción incrementa los niveles de estrés y la sensación de desamparo, así como las hospitalizaciones e incluso eleva el riesgo de sufrir una crisis que comprometa su vida, dado que a medida que va experimentando una mayor ansiedad y miedo, incrementa su dificultad para respirar (Buceta y Bueno, 2000; Amigo, 1998). La elaboración de la información referente al Asma y el incremento del conocimiento respecto a la misma elevan la probabilidad de percepción de los síntomas (Penebaker y Skelton, 1981, citados en Buceta y Bueno, 2000), además del aprendizaje a partir de las experiencias previas, que ayuda a identificar mejor la aparición de los síntomas. Asimismo, Steiner, Higos, Fritz, Laszlo y Harvey (1987, citados en Buceta y Bueno, 2000) identificaron un estilo de afrontamiento al que denominaron represivo, mismo que se caracteriza por que los individuos no reconocen las sensaciones displacenteras o bien, rechazan admitirlas, y a decir de Buceta y Bueno (2000), su umbral para admitir las emociones negativas es alto.

Por otra parte, las **actitudes hacia la enfermedad** también influyen en el curso del padecimiento, factores como el optimismo del paciente hacia su capacidad para enfrentar la enfermedad; por otro lado también influye el Locus de Control, es decir, el grado en el que el paciente asume la responsabilidad sobre el progreso de la

enfermedad y en su autocuidado. Asimismo, interviene la autopercepción del paciente como un ser “diferente” al tener una enfermedad crónica, en la cual, como ya se dijo, sus actividades se ven limitadas, aunado a que puede ver al padecimiento como un defecto o imperfección (Buceta y Bueno, 2000; Rodríguez, 1999).

De igual forma, un factor importante relacionado con la actitud es la **Autoeficacia**, referida a la capacidad que el paciente cree tener para llevar a cabo exitosamente los comportamientos implicados en su autocuidado y lograr mediante éstos el control adecuado de su enfermedad (Bandura, 1977, citado en Amigo, 1998). Las expectativas de eficacia constituyen un determinante fundamental en la elección de actividades, el esfuerzo que será aplicado y el tiempo que será dedicado a ejecutar las medidas de autocuidado (Amigo, 1998; Buceta y Bueno, 2000).

La Autoeficacia se considera un parámetro seguro de adherencia terapéutica, sin embargo, es importante contar con elevadas expectativas de Autoeficacia, ya que éstas influirán para dar lugar a las expectativas de resultado, es decir, el individuo puede saber que determinadas conductas producen un resultado deseado por él, sin embargo, es importante el grado en el cual él mismo se considera capaz de ejecutarlas exitosamente (Amigo, 1998; Buceta y Bueno, 2000). Las principales fuentes en las que se basan las expectativas de eficacia son:

- Logros de ejecución: Se refieren a las experiencias previas acerca del desempeño del paciente efectuando las conductas, lo cual le ofrece la oportunidad de dar un “autodiagnóstico” acerca de la ejecución de dicha acción, para posteriormente llevar a cabo una retroalimentación al respecto, partiendo de sus estructuras de conocimiento preexistentes y tomando en cuenta el esfuerzo realizado (Amigo, 1998; Rodríguez y Rojas, 1998).
- Aprendizaje vicario: Se refiere al conocimiento que el paciente ha obtenido a través de la observación de otros efectuando la conducta, tratando de buscar puntos de contacto con el modelo. Su Autoeficacia se encontrará en función

de factores como la similitud en el desempeño, así como en la semejanza de las características y atributos (Rodríguez y Rojas, 1998).

- Persuasión social: El grado de persuasión por parte de otras personas para desarrollar una mayor Autoeficacia se encontrará en función principalmente del conocimiento, experiencia y credibilidad de quien persuade, así como de la disponibilidad de la estimulación.
- Estados fisiológicos y afectivos: No solo el estado de ánimo ejerce impacto en la Autoeficacia, según sea positivo o negativo, sino que también aspectos orgánicos del sujeto, como su morfología e inclusive ciertos marcadores biológicos (p. Ej. la temperatura) se relacionan con la percepción de eficacia que tenga de sí mismo tanto en general como en momentos específicos (Rodríguez y Rojas, 1998).
- Repertorio conductual: El paciente debe tener en su repertorio conductual aquellos comportamientos que sean necesarios para ejecutar la conducta, y tener la habilidad de llevarlos a cabo de la forma más efectiva posible para poder incrementar su sensación de eficacia (Bandura, 1977, citado en Amigo, 1998).

La Autoeficacia es un proceso que se encuentra en constante modificación, existe variabilidad en ella, por lo que la motivación y la persistencia se vuelven factores que contribuyen a incrementarla o a disminuirla, según sea el caso. Asimismo, las expectativas que se forman en cuanto a los resultados deben ser realistas, de lo contrario, al no llegar al efecto deseado, la Autoeficacia puede decrementar (Rodríguez y Rojas, 1998). Por lo anterior, lo ideal es que el paciente comience estableciendo metas conductuales sencillas, y moldear esos comportamientos poco a poco, de manera que se alcancen las metas establecidas y esto genere una mayor Autoeficacia, asimismo, deberá aprovechar su potencial en la ejecución de aquellas conductas en las que obtiene resultados adecuados.

Dentro del contexto de la adherencia terapéutica cobra trascendencia la **relación médico-paciente**, que aquí se manejará como relación profesional de la

salud-paciente, ya que las disciplinas que se dedican a la prestación de este tipo de servicios son variadas y comparten las responsabilidades ante los solicitantes de sus servicios (Ocampo, 2002). A decir de investigadores como Gavino y Godoy, 1993; Levob, Vergare y Scout, 1990 (citados en Amigo, 1998), la satisfacción del usuario con respecto a la relación terapéutica es concebida como un factor que puede potenciar la adhesión.

El 5 de septiembre del 2008 en el INER se aplicó entre 10 miembros del personal del Servicio de Neumología Pediátrica de distintas disciplinas un cuestionario de preguntas abiertas referente a la relación personal de salud-paciente (referirse al anexo 23), con el objetivo de conocer la importancia que ellos otorgan a dicha relación. Se llevó a cabo una evaluación cualitativa encontrando lo siguiente:

Ellos consideran a la relación como *Muy importante*, dentro de una escala que abarcó:

a) Muy importante b) Importante c) Poco importante d) No es importante

Se trató de la única pregunta con opción de respuesta.

En general opinan que la importancia de la calidad en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, así como con sus familiares radica en que se establece una relación de confianza que favorece el apego al tratamiento, a la vez que disminuye los niveles de estrés por hospitalización y ayuda a controlar la enfermedad.

Asimismo, consideran que la actitud que *ellos* asumen con los receptores de sus servicios tiene repercusiones en la calidad de la estancia intrahospitalaria, por lo que consideran que debe desarrollarse una mayor empatía, y mostrar vocación de servicio.

De la misma forma, consideran que la calidad de la relación puede fomentarse

ofreciendo información oportuna y veraz, destacando también la sencillez en la forma de comunicar. Una de las personas que contestó, mencionó además la relevancia que tienen los valores como el compromiso y el respeto en la prestación de los servicios profesionales.

Buceta y Bueno, (2000), así como Amigo, (1998), afirman que los componentes principales de la adecuada relación profesional de la salud-paciente, son tanto la buena comunicación como el trato respetuoso y cordial entre ambas partes, a fin de fomentar la colaboración y comprensión por parte del receptor de los servicios de salud.

En cuanto a la comunicación, es necesario que cuando el profesional de la salud requiere que el paciente obtenga algún tipo de conocimiento o lleve a cabo alguna acción, lo primero que debe hacer es informarle. Asimismo, es preciso que la forma de manejar la información resulte clara para el paciente, utilizando un lenguaje accesible para él y sus familiares, de manera que las dudas se eliminen o reduzcan, así como demostrar disposición para resolver la incertidumbre que pudiese surgir más adelante. A decir de Amigo (1998), en promedio los pacientes recuerdan sólo el 50% de la información obtenida durante una entrevista, incluso cuando ésta se llevó a cabo minutos atrás, mientras que entre el 30% y 50% de las instrucciones se comprenden erróneamente; igualmente, los pacientes afirman desear obtener mayor información de la que disponen. Asimismo, algunos de los aspectos a tomar en cuenta cuando se comunica la información son:

- Dar instrucciones explícitas
- Emplear términos operativos acerca de qué, cómo y cuándo
- Proporcionar feedback adecuado respecto a los problemas surgidos
- Ensayar con el paciente las conductas requeridas
- Ofrecer suficiente supervisión y de manera frecuente

Según Martínez y Leal, (2003), dar información no es en sí un acto afectivo, sin

embargo, dentro de dicho contexto se puede establecer un apoyo emocional hacia el paciente. Asimismo, es necesario que el profesional sea entrenado para desarrollar fortaleza que le permita movilizarse entre las tensiones que suelen emerger en el contexto hospitalario, sin sentirse abrumado, de manera que no pierda la objetividad ni adopte como suyos los conflictos del paciente; sin embargo, la falta de sensibilidad no es la solución, ya que debe mantener la empatía y el trato cálido hacia el usuario. Además, el profesional debe ser confiable, honesto y sincero; asimismo, cuando no sabe algo habrá de reconocerlo, ello tiene la finalidad de proteger al paciente de engaños y falsas expectativas, a la vez que despliega sus destrezas científico-técnicas para ayudarlo. De acuerdo con los autores citados, el interés y preocupación por el paciente no deben ser actuados, son genuinos o no existen.

La práctica de la atención a la salud se distingue por su dimensión humanística, es decir, la comprensión del hombre como una totalidad: todo lo que lo define como un ser único, con capacidad para sentir y pensar acerca del mundo, conocerlo y transformarlo mediante el intelecto, la voluntad y la reflexión (Ocampo, 2002). El humanismo también se encuentra definido como el respeto por todo ser humano por el simple hecho de serlo, considerando su historia, intereses y expectativas, y respetándolo como un ser con posibilidad de elegir y decidir con respecto a su proyecto de vida, aunque siempre de forma asertiva. Lo anterior en la práctica de los servicios de salud cobra especial relevancia como un componente de la ética profesional.

En relación con lo anterior, el término paciente se utiliza ya como mera formalidad, pues poco a poco se ha ido sustituyendo por el de *usuario*, con el cual éste es percibido desde una perspectiva más realista, sin el estereotipo del individuo sano o enfermo considerado un mero objeto de estudio, sino que es concebido en un nivel más humano, tomando en cuenta que quienes solicitan la atención no sólo son quienes padecen la enfermedad, sino también aquellos que acuden a descartar o confirmar padecimientos, así como quienes asisten a chequeos de rutina o por

dificultades cotidianas generadoras de malestar, sin olvidar a los familiares y gente cercana a todos ellos, por lo que el rango de personas que utilizan los servicios de salud se extiende también a individuos sanos (Ocampo, 2002; Aguirre, 2002).

Anteriormente se consideraba que el paciente ideal era el más sumiso, el obediente, quien no preguntaba ni mostraba sus dudas o inconformidades, sin embargo, hoy por hoy, la autonomía de los pacientes ha surgido como un valor necesario e incuestionable, pues durante mucho tiempo, la relación entre el personal de salud y los usuarios ha tomado un carácter paternalista, vertical y asimétrico, en donde prevalece la autoridad del primero, que decide lo mejor para el paciente, quien ha asumido un rol pasivo y de obediencia, lo cual permaneció prácticamente inamovible hasta los años sesenta del siglo pasado, en donde se dio una emancipación de los usuarios, a partir de la cual la relación con el profesional se ha acercado cada vez más a una condición horizontal de decisiones compartidas, en donde también adquiere el derecho a opinar sobre su propio cuerpo, lo cual, además ha implicado asumir una *mayor responsabilidad sobre la propia salud, adoptando un papel activo dentro de su cuidado, lo que implica un respeto a la autonomía del paciente* (Ocampo, 2002). *La relación se transforma en un trabajo de equipo en el que se respetan los derechos.*

La ética profesional se encuentra definida en el Diccionario de La Lengua Española (citado en Aguirre, 2002) como *“parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”* como reflexión filosófica se ha retomado en los últimos tiempos, partiendo del hecho de que la relación se establece entre sujetos con conciencia y responsabilidad moral (Ocampo, 2002).

La conciencia moral se refiere a la noción que cada persona tiene sobre el bien y el mal, independientemente de su contenido, tomando en cuenta que dicha noción es variable a nivel interpersonal, es decir, lo que es bueno para un individuo no lo es para otro. Por otro lado, la responsabilidad moral se refiere a la capacidad del individuo de dar cuentas sobre la bondad o maldad de nuestros propios actos,

principalmente cuando quebrantan los derechos y el bienestar de otros (Aguirre, 2002; Ocampo, 2002).

Las concepciones de lo que es bueno y malo no son universales, sino que dependen del contexto sociohistóricocultural y los valores en los que las personas se ven inmersas y ejercen su impacto sobre la relación entre el profesional y el paciente (Aguirre, 2002; Ocampo, 2002).

Continuando con la Adherencia Terapéutica, ésta implica planear la adhesión de forma personalizada, partiendo del comportamiento de cada individuo respecto a su tratamiento, para lo cual Amigo (1998) propone algunos aspectos generales a tomar en cuenta:

El régimen terapéutico debe ser potencialmente eficaz. Esto implica que de haber mejoría secundaria al seguimiento, se estará hablando de un reforzamiento negativo que incrementaría la posibilidad de seguir nuevamente las indicaciones del tratamiento; sin embargo, cuando se habla de medidas preventivas, los resultados pueden no ser visibles de manera inmediata, por lo cual la adherencia podría verse comprometida, ya que se corre el riesgo de que las contingencias negativas que implican la obtención de resultados a largo plazo superen a las contingencias positivas implicadas en el seguimiento del tratamiento aunque los resultados no sean inmediatos, es por ello que será necesario evaluar los costes inmediatos que implicará, así como tomar en cuenta las ventajas que conlleva adherirse al tratamiento y enfatizar las mismas (Amigo, 1998).

Para cada tratamiento deben establecerse las habilidades, conocimientos y destrezas requeridos para una ejecución adecuada. Lo anterior permite no sólo establecer las instrucciones con base en las características y fortalezas con las que el paciente cuenta en ese momento, sino también qué tipo de información necesita obtener para una mejor ejecución o cuáles son las capacidades que podrían desarrollarse con el entrenamiento adecuado, tomando en cuenta que la efectividad de la terapéutica también depende de las competencias del paciente para ejecutar

el tratamiento e integrarlo a su vida cotidiana. Conocer dicha información también resulta de utilidad para predecir el éxito futuro del tratamiento o las posibilidades de adherencia (Amigo, 1998).

Asimismo, el incumplimiento puede encontrarse en función de otros factores provenientes tanto de los pacientes como del entorno, así como de las prescripciones, del personal de salud, del funcionamiento sanitario e incluso del mismo tratamiento. A continuación se describen dichos factores (Amigo, 1998):

Del paciente:

- Ausencia de síntomas y por ello considera no requerir el tratamiento.
- Habitación al estado sintomático, por lo que ha introyectado el mismo como una parte normal de su vida.
- El deterioro físico/psicológico puede decrementar sus competencias.
- Expectativas pobres respecto al tratamiento.

Del entorno:

- Rechazo social debido al padecimiento o al tratamiento.
- En ocasiones el paciente cuenta con la disposición, la información y las competencias, sin embargo, factores de riesgo que se encuentran en el ambiente pueden llegar a ser difíciles de cambiar y controlar, por lo que el cumplimiento se dificulta.
- Demandas familiares/sociales/laborales que compiten con el tratamiento. En este sentido debe recordarse que la enfermedad no debe ponerse al margen del sistema familiar, sin embargo, los miembros de dicho sistema, incluyendo al propio paciente también pertenecen a otros subsistemas, que demandan de ellos atención y cumplimiento, lo cual en ocasiones no permite cumplir de lleno con el régimen terapéutico, pues las prioridades de cada uno de los integrantes varían según las circunstancias.
- Escasez de recursos sanitarios, económicos y de tiempo para cumplir.

De las prescripciones:

- Dificultad o novedad de las indicaciones
- Carencia de entrenamiento en habilidades específicas

Del personal de salud:

- Poca empatía
- Supervisión inadecuada de comprensión de habilidades así como del tratamiento
- No reforzamiento del cumplimiento

Del tratamiento:

- Baja efectividad

Con base en lo anterior: ¿Cómo puede fomentarse la adherencia terapéutica? Amigo, (1998) expone una serie de directrices que pueden seguirse al buscar lograr este objetivo:

- 1) *Relación cordial, demostrando preocupación por el paciente, seguridad diagnóstica y confianza en el tratamiento.*
- 2) *Anticipar la falta de adhesión con base en las actitudes del paciente, sus creencias, el contexto sociocultural y, como se dijo anteriormente, en sus aptitudes y destrezas.*
- 3) *Proporcionar información sobre la enfermedad, corregir los errores y las expectativas no realistas.*

- 4) *Simplificar el tratamiento* en medida de lo posible y ajustarlo a las demandas, contexto y expectativas del paciente sin comprometer su calidad y efectividad.
- 5) *Establecer metas terapéuticas* enfatizando los beneficios que el tratamiento implicará.
- 6) *Negociar los cambios con el paciente*: Introduciendo los componentes del tratamiento de forma gradual, tratando de priorizar lo más posible la calidad de vida del paciente, aunque estableciendo los costos-beneficios derivados del cumplimiento o incumplimiento.
- 7) *Entrenamiento de competencias requeridas*: Realizando ensayos, utilizando el aprendizaje vicario, a través de moldeamiento, brindar retroalimentación y dando instrucciones claras. Asimismo este entrenamiento se debe extender a las personas que se encargan del cuidado de los pacientes.
- 8) *Reforzar el seguimiento y el apego*: El reforzador más adecuado en estos casos es el social, mediante una actitud empática, reconociendo el esfuerzo y los logros del paciente y sus familiares.

Asimismo, es frecuente escuchar algunos mitos acerca del Asma, que se derivan de la falta de información sobre el padecimiento, y que pueden mermar la calidad de vida al incrementar las conductas inadecuadas y los niveles de estrés y ansiedad. Algunos de los más frecuentes son (Chapela y Bojórquez, 2007):

- *El Asma es contagiosa: **Falso***, no se trata de una enfermedad transmisible, por lo que no es necesario aislar al paciente.
- *El Asma es una enfermedad psicológica: **Falso***, pues pese a que existen múltiples componentes psicológicos dentro de este padecimiento, no se

puede afirmar que exista un correlato etiológico entre dichos componentes y el Asma; no obstante, los factores psicológicos también ejercen una notable influencia en el curso de la enfermedad.

- *Los niños asmáticos no pueden hacer ejercicio: **Falso***, los niños sí pueden hacer actividad física, sin embargo, como parte del tratamiento individualizado es necesario que el médico informe cuáles son los ejercicios que puede realizar según su situación.
- *Los pacientes asmáticos se enferman para llamar la atención de los demás: **Falso***, ya que los síntomas son reales y se compromete la vida del paciente si no es atendido a tiempo.
- *Los medicamentos utilizados para el Asma son adictivos: **Falso***, lo que ocurre es que puede existir un abuso por parte del paciente en la utilización del fármaco debido al alivio que le proporcionan.
- *Los medicamentos inhalados son más potentes que los tomados: **Falso***, los fármacos inhalados actúan directamente sobre los bronquios, sin embargo, ello no significa una mayor potencia.
- *El Asma es hereditaria: **Sin certeza***, pues aunque es frecuente que los padres con Asma tengan hijos con la enfermedad, no se puede decir que sea siempre de tal modo.

Con base en lo expuesto en el presente marco teórico metodológico, se puede decir que en la efectividad en el control del Asma confluyen factores tanto médicos como cognitivos, conductuales y emocionales, por lo que la atención psicológica, más que ser una “intrusión” o un elemento extra en la atención al paciente y las personas cercanas a él, se convierte en una necesidad, en un recurso útil en la búsqueda de la optimización de la calidad de vida y la adaptación a los cambios que puedan

generarse a partir de la enfermedad, así como la intervención desde un punto en el que las complicaciones son menores, con la finalidad de lograr acciones preventivas. Los profesionales de la salud de todas las disciplinas debemos pensar en el bienestar del paciente como una meta común a todos, pese a las diferencias teórico-metodológicas existentes, e incluso, informándonos respecto a los diferentes conocimientos, pues ello permitirá una mejor comprensión del paciente en el contexto de su padecimiento y facilitará la interacción entre los profesionales que intervenimos en dicho proceso, fomentando que la atención sea integral e interdisciplinaria, en la que se abarquen los componentes del ser humano en un nivel biopsicosocial, y se favorezca el intercambio de información entre quienes ofrecen los servicios de salud.

6.

RESULTADOS OBTENIDOS

- a) Respecto al **trabajo en grupo con los pacientes**, generalmente éstos accedían a trabajar y se mostraban cooperativos, aunque se presentaron casos de niños opositoristas o que no deseaban estar en la sesión, lo cual ocurría con mayor frecuencia entre los pacientes que presentaban una simbiosis patológica con la progenitora, o angustia de separación.

Los rasgos de personalidad más encontrados al efectuar la interpretación de las pruebas durante el período en el que se prestó el Servicio Social (febrero-agosto, 2008) fueron:

- Necesidades afectivas insatisfechas
- Percepción de figuras parentales hostiles
- Percepción de rechazo por parte de las figuras parentales
- Niveles elevados de estrés y ansiedad
- Rasgos agresivos
- Rasgos depresivos
- Rasgos ansiosos
- Rasgos paranoides. Lo anterior se puede explicar con el hecho de que normalmente durante la estancia intrahospitalaria, los niños son observados constantemente por el equipo de salud, quienes además comentan, realizan exploraciones, y toman decisiones respecto al niño, aunado a que la atención de sus Redes Primarias de Apoyo se encuentra centrada en ellos.

- b) En lo que respecta a la **entrevista psicológica con la progenitora o tutora**, por lo general las entrevistadas accedían a asistir a Terapia Familiar, ya que se les comentaba que sería en beneficio de toda la familia, además, solían ser amables y proporcionar sin oposición los datos que se les solicitaban.

Entre las progenitoras, los conflictos más encontrados fueron:

- Madres solteras y/o sin Redes Primarias de Apoyo
- Violencia física o psicológica por parte de la pareja
- Rasgos depresivos
- Sobreprotección hacia el paciente
- Comparaciones entre el paciente y los hermanos
- Condiciones de hacinamiento en la vivienda

En el caso de los pacientes, los problemas psicológicos que más frecuentemente eran referidos por la madre o cuidadora durante la entrevista, y que daban lugar a una Interconsulta eran los siguientes:

- Enuresis y encopresis
- Fobias (generalmente fobia a las inyecciones o a los procedimientos médicos)
- Niveles elevados de estrés
- Se presentó un caso de rasgos piromaniacos

Esta información se complementaba con la interpretación de las pruebas grafoproyectivas, lo que permitía fortalecer la impresión diagnóstica.

c) En lo referente al ***Trabajo con los pacientes de Consulta Externa***, la interpretación de las pruebas grafoproyectivas generalmente indicaba los siguientes conflictos:

- Rasgos depresivos
- Rasgos obsesivo/compulsivos
- Rasgos ansiosos

Las instituciones a las que se enviaron Interconsultas con mayor frecuencia fueron:

- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

- DIF (Estatales o municipales, según su lugar de procedencia)
 - Instituto Nacional de Rehabilitación
 - Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A.C. (AMPAG)
- d) En relación a la **intervención individual**, generalmente los resultados fueron satisfactorios, lo cual se evaluaba cualitativamente al observar una mayor adaptación al ambiente hospitalario, las rutinas y los tratamientos; y una actitud más participativa en los niños, quienes también presentaban un estado de ánimo más elevado. Otra forma de notar el impacto de las intervenciones se daba cuando otros miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras, pedagogas, trabajadoras sociales) o los propios familiares le comunicaban al equipo del área de Psicología el cambio observado por ellos.
- e) En cuanto al **Trabajo en grupo con las mamás** generalmente se obtuvo participación y cooperación por parte de éstas, quienes lograron exponer sus emociones y dudas ante las circunstancias por las que atravesaban.
- f) Las emociones que más frecuentemente se expresaron y las situaciones más comunes fueron:
- Sentimientos de culpa por el estado de salud del niño: creían que no lo habían cuidado lo suficiente o que eran "malas madres" por no fomentar mejores condiciones que hubiesen evitado el padecimiento. Se buscaba disminuir estos pensamientos explicándoles que de ninguna manera eran malas madres, pues se destacaba el hecho de que ellas se encontraban todo el tiempo al pendiente de sus hijos mientras estaban en el hospital, lo que demostraba su sentido de responsabilidad, además de que se enfatizaba la importancia de la adherencia terapéutica como factor para el control de la enfermedad.
 - Familiares o esposos que las culpaban directamente por la enfermedad del paciente.

- Carencia de Redes de Apoyo Primarias: En muchos casos la mamá era la única que se encontraba al cuidado del niño, debido a situaciones como lejanía del lugar de procedencia, renuencia por parte del progenitor para visitar al paciente, falta del mismo, carencia de familiares o amigos que se encontraran dispuestos a ayudar a la madre.
- Estado de ánimo disminuido
- Baja autoestima
- Desesperación ante estancias prolongadas
- Miedo a que el niño no evolucionara satisfactoriamente
- Niveles elevados de estrés y ansiedad debidos tanto a sus situaciones personales como a la estancia intrahospitalaria.

g) Respecto al **pase de visita**, los resultados generalmente fueron satisfactorios, el equipo intercambiaba información que permitía a todos conocer mejor la evolución del paciente desde una perspectiva integral.

h) En cuanto al **curso de inducción para Residentes de nuevo ingreso** a Neumología Pediátrica, la mayoría de los médicos prestaron atención y se mostraron cooperadores, además, externaron sus dudas y comentarios acerca de los temas expuestos y aceptaron participar en la dinámica. Sólo se presentó el caso de dos de ellos que mostraron indiferencia ante los temas de Psicología.

i) En relación a las **actividades administrativas**, el resultado generalmente fue satisfactorio, ya que no había complicaciones al efectuar las labores. Únicamente se presentaban complicaciones cuando no había sistema, por lo que no era posible facturar, lo cual se llevaba a cabo al otro día.

7.

**RECOMENDACIONES Y/O
SUGERENCIAS**

Durante el tiempo de prestación del Servicio Social me encontré con algunas limitaciones, mismas que describo a continuación para posteriormente hacer algunas sugerencias a quien aplique la presente propuesta:

- En ocasiones el espacio de trabajo era insuficiente para la cantidad de psicólogas que conformábamos el área, pues llegamos a ser cinco compartiendo una oficina, misma que normalmente ocupa la supervisora del área y un cubículo que todas utilizábamos y que no cuenta con puerta, por lo que el trabajo ahí realizado (entrevista y trabajo en grupo con las mamás) podía verse contaminado o interrumpido por las personas que transitaban por el lugar o por las mismas compañeras de área, quienes en ocasiones no teníamos actividades pendientes y teníamos que mantenernos cerca, pues no contábamos con un lugar en el cual estar mientras quien trabajaba en el cubículo terminaba de hacerlo, lo cual disminuía la calidad del trabajo realizado.
- Asimismo, considero insuficiente asistir al pase de visita solo dos días a la semana, ya que de esta forma no me era posible seguir al 100% la evolución de los pacientes a lo largo de la misma.
- Si bien la mayoría de los integrantes del equipo de salud de las diferentes disciplinas se encuentran sensibilizados acerca de la labor de la Psicología en la atención integral al paciente que padece alguna enfermedad respiratoria y se encuentra hospitalizado, la respetan y se interesan por ella, sí se presentó el caso de personas que son el extremo opuesto y no confían en la labor de esta profesión (principalmente médicos), ya sea porque no cuentan con la información suficiente y mantienen creencias erróneas como que los tratamientos psicológicos funcionan casi "por arte de magia" y los resultados pueden verse de un día para otro o que no existen fundamentos comprobables para considerar a la Psicología un área científica, o bien, porque mantienen la idea de que el psicólogo busca *competir* profesionalmente con ellos, cuando en realidad, lejos de ser así, todos los profesionistas que intervienen en un equipo deben complementarse,

apoyarse y compartir el conocimiento derivado de su acción en pro de una mejor atención al paciente.

Ahora, enlistaré algunas sugerencias y recomendaciones para quien aplique la propuesta que constituye el presente trabajo:

- Mantenerse al pendiente del tiempo de hospitalización de los pacientes con Asma, pues algunos tienen estancias cortas (de menos de una semana), por lo que si no se toma en cuenta o no se investiga el tiempo que le resta de estancia intrahospitalaria al paciente, se correría el riesgo de no abordarlo o no concluir el trabajo con él y sus familiares, por lo que también se recomienda que si el paciente se va de alta y queda algo pendiente, se le dé un citatorio para una fecha posterior (previa autorización de la coordinadora del área de Psicología) y así poder cerrar lo que se tenga inconcluso.
- Solicitar el espacio de trabajo con anticipación, ya que por la cantidad de actividades y personal que existen en el INER, como ya mencioné, los espacios llegan a ser insuficientes, y de no planear su utilización, el trabajo puede verse interrumpido o no efectuarse. Asimismo, es una manera de mostrar respeto por el tiempo de trabajo y las actividades de quienes necesiten utilizarlos también, permitiendo ajustar los horarios a las necesidades de cada uno.
- Tomar en cuenta que no todos los pacientes, y más aún sus familiares, se encuentran sensibilizados acerca de la labor del psicólogo, pues en nuestra cultura se cree que el papel de la Psicología se reduce a la realización de actividades como la aplicación de pruebas, la atención a los pacientes sólo cuando presentan problemas emocionales y trastornos mentales, por lo que pueden mostrar una actitud defensiva y negativa ante el abordaje psicológico, por lo que resultaría adecuado ofrecerles una pequeña introducción acerca del trabajo que pretende realizarse y la razón por la que será importante su participación, así como los beneficios que obtendrían.
- Mantenerse en contacto constante con el equipo de salud para permanecer

informados acerca del estado de los pacientes diagnosticados con Asma (tomando en cuenta que es necesario, ya que quien aplique el estudio no asistirá al pase de visita), ofreciendo además puntos de vista obtenidos a partir del trabajo realizado hasta ese momento con la población a la que va dirigido el estudio, además de exponer las dudas, con la finalidad de aclararlas.

- Permanecer en continuo contacto con el área de Psicología de la Unidad de Neumología Pediátrica para mantenerlos informados y tengan conocimiento del avance de la población estudiada, así como para favorecer el intercambio de ideas e información que permitan ofrecer una atención psicológica más completa y vista desde distintos enfoques, aunque esto último deberá tomarse en cuenta ya que la perspectiva teórica a la que se inclina el presente trabajo es el enfoque Cognitivo-Conductual, mientras que el área de Psicología del Servicio de Neumología Pediátrica se orienta en mayor medida al Psicoanálisis, por lo que será importante actuar de manera tolerante, sin pretender imponer el predominio de alguno de los enfoques.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguirre, G. H. (2002). La ética y la calidad de la atención médica. *Cirugía y cirujanos*, 70 (1), 50-54.
- Amigo, V.I. (1998) *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Arja, A., Stauder, A., y Nash, J. (2004) *Education and training in behavioural medicine- A survey on practice and needs in 16 countries*. Finlandia: Chair ISBM. Education and training.
- Ávila, L., Fonseca, C., Expósito, Y. (2003) Ejercicios terapéuticos y técnicas psicológicas en el tratamiento del Asma Bronquial en adolescentes y familiares. *Facultad de Excelencia "Calixto García Iñiguez". Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana*.
- Bowlby, J. (1983) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Buceta, J. M. y Bueno, A.M (2000) *Evaluación y tratamiento psicológico en el Asma Bronquial*. En *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dickinson. 120-210.
- Cano, V.F. (2007) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Informe 2003-2006*. 11-12
- Corman, L. (1967) *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Francia, Kapeluz.
- Cuevas, S. F. (1999) *Diagnóstico de Asma*. México: Glaxo Wellcome.
- Chapela, M. R. y Bojórquez, I. (2007). *¿Qué es el Asma?* Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México: INER.
- Del Villar, G.L. (2007) *Planeación estratégica 2007-2012 del INER*. En *Médicos de México*. Año 5, Núm. 61
- Domjan, M (1999). *Principios de aprendizaje y conducta*. Cuarta Edición. México: Thomson Editores. 122-188.
- Ellis, A. (1999). *Qué es exactamente la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. En *Una Terapia Breve más profunda y duradera*. Buenos Aires. Paidós.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *La Teoría básica clínica de la Terapia racional Emotiva*. En *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Nueva York: Descreé de

Brouwer. Biblioteca de Psicología.

- Esquivel, F., Heredia, C. y Lucio, E. (1999) Prueba del Dibujo de la Familia. En *Psicodiagnóstico Clínico del niño*. México. Manual Moderno. 187-223.
- Feldman, R.S. (2002) *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México. Mc Graw Hill.
- Glaxo Smithkline (2004) *Respirando vida. Carrera por la salud. Asma bajo control*. México. (Folleto). México: Autor
- Hammer (2004) *Test proyectivos gráficos*. Argentina. Paidós.
- Huerta, L. J. (2001) Asma bronquial infantil. Tratamiento. *Alergia, asma e Inmunología pediátricas*. México. 10 (3). 72-76
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2008). *Perfil sociodemográfico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. En *Para pacientes*. Recuperado el 31 de mayo de 2008 de <http://portal.iner.gob.mx/inerweb>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Estadísticas de Casos nuevos de enfermedad 2000-2006 en pacientes de 0 a 15 años. En *Sociodemografía y género*. Recuperado el 5 de agosto de 2008 de <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). Estadísticas de mortalidad por Asma en pacientes de 0 a 15 años. En *Sociodemografía y Género*. Recuperado el 5 de agosto de 2008 de <http://www.inegi.org.mx>.
- Kinsman, R.A., Dirks, J.F., y Dahlem, N.W. (1980). *Noncompliance to prescribed-as needed (PRN) medication use in asthma: usage patterns and patient characteristics*. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 97-107.
- Larraburu, I.S. (2008) Malestar Vital. Recuperado el 10 de octubre de 2008 de http://www.compumedicina.com/psiquiatria_man
- López, C.V. y Figueroa A.M. (1985) *Significado de Hospitalización en la Infancia, alteraciones emocionales e intervención psicológica*. Tesina de Licenciatura no publicada, Universidad Iberoamericana, México
- Martínez, S., Leal, F. G. (2003). Sobre la calidad clínica de la atención: El problema de la relación médico-paciente. *Anales Médicos*. México. 48 (4).

242-254.

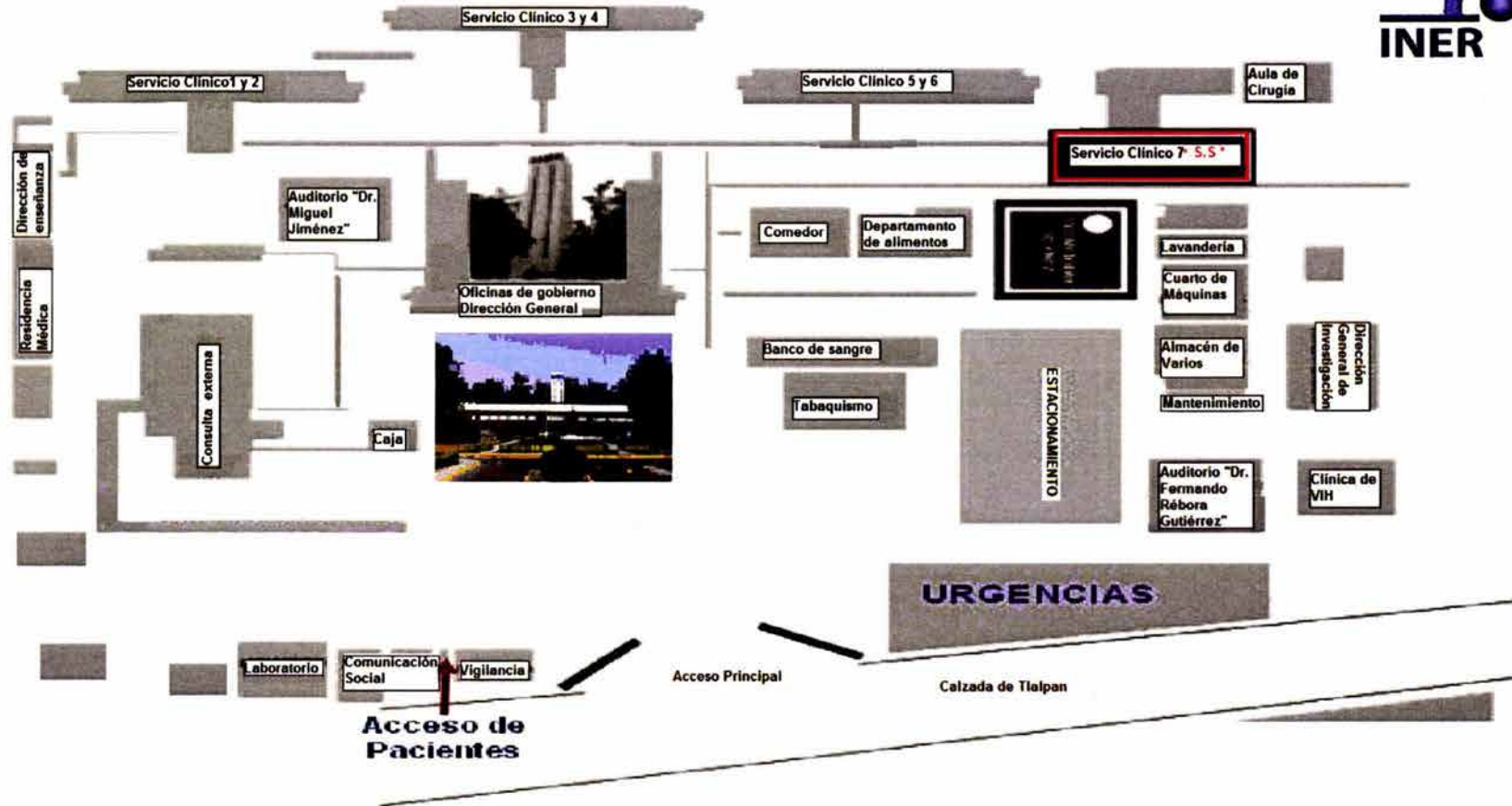
- Meijer, A.M., Griffioen, R.W., van Nierop J.C., Oppenheimer, L. (1995). Intractable or Uncontrolled Asthma: Psychosocial Factors. *Journal of Asthma*, 32 (4). 265-274.
- Montes, D.R. (2005) *Estudio diagnóstico para identificar las determinantes de salud que influyen en el estado integral de salud de los habitantes de la comunidad Unidad Antorchista ubicada al nororiente del municipio de Colima*. Tesis de maestría, Universidad de Colima.
- Navarro, M., Martín A. A., Pérez, P. G. (2006). *Avances en Neumología Pediátrica*. Madrid. Ergon.
- Osborne, D.J (2007). *Comunicación hombre-hombre: las palabras y los símbolos*. En Ergonomía en acción. La adaptación del medio de trabajo al hombre. México: Trillas.
- O'Byrne, P. Bateman, E. D., Bousquet, J., Clark, T., Paggario, P., Ohta, K., Pedersen, S., Singht, R., Soto-Quiros, M., Cheng, T. W. (2006) *Guía de bolsillo para el manejo y prevención del Asma en niños*. Iniciativa global para el manejo del asma.
- Ocampo, M. J. (2002). La bioética y la relación médico-paciente. *Cirugía y cirujanos*. México. 70 (1). 55-59.
- OMS (2000). *Definición de Salud*. Recuperado el 20 de julio de 2008 de <http://www.who.int/es/>
- Ortigoza, Q.J, Quiles, S.M, Méndez, C.F. (2003) *Intervención psicológica en el Asma Bronquial Infantil*. En Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia. México. Pirámide.
- Pérez, Y. E (2003) *Tratado de Neumología Infantil*. Madrid. Ergon.
- Piaget, J. (1970). *Piaget's Theory*. En P.H. Mussen (ed.), *Carmichel's manual of child psychology*. Vol. 1 (3). Nueva Cork. Viles.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2002) *Psicología y Salud*. México: UNAM.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005) *Psicología Clínica de la Salud*. Un enfoque conductual. México: UNAM
- Rodríguez, O.A., Kanán, C.E., Vázquez, R.M., Barbosa, S.E., Tejeda C.R.,

León, G.A., (2007) *Asma y disfunción familiar. Un acercamiento a la medicina psicosomática*. En *Alergia, asma e inmunología pediátricas*.16 (1). 4-5.

- Rodríguez, O.G y Jaén, C.C (2004) *Tendencias actuales de la Investigación en Medicina Conductual en México*, En Rodríguez, O.G., *Medicina conductual en México*, cap. 2, pp. 37-56.
- Rodríguez, O.G., y Rojas, R.M., (1998). *La Psicología de la Salud en América Latina*. México. Porrúa.
- Rodríguez, O.G (1999). *Fortalecimiento de la Adherencia Terapéutica*. México: Porrúa.
- Valencia, O.A. (2002) *Moldeamiento Conductual*. Folleto. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Vargas, M.J. (2005) *Curso de Condicionamiento Operante*. *Revista Psicología*. Septiembre-Octubre.
- Virtual Medsys (2008). *Medsys. Sistema de gestión e información médica*. Recuperados de <http://www.virtualmedsys.com/> el 3 de octubre de 2008.

ANEXOS

CROQUIS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



ANEXO 1. Croquis del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

*S.S El Servicio Social se realizó en el Clínico 7 A, en donde se encuentra el Servicio de Neumología Pediátrica.

ANEXO 2. LINEAMIENTOS DE LA ERGONOMÍA PARA LA COMUNICACIÓN ESCRITA

Según Osborne (2007), la información es una llave de entrada a la civilización contemporánea, pues sin ella no contaríamos con un conocimiento constante y preciso acerca del estado del mundo, de este modo, la forma de transmitir la información resulta de igual importancia que el mensaje que busca comunicarse.

En términos simples, un sistema de comunicación puede idearse como constituido por un transmisor, quien comunica información a través de algún medio a un receptor, no obstante, la comunicación realmente tiene lugar y es efectiva, cuando el receptor interpreta la información como el transmisor intentó comunicarla. Por lo anterior, una de las funciones principales de la Ergonomía es diseñar sistemas que amplíen la oportunidad de que los mensajes enviados se entiendan de manera correcta, de modo que también se ha encargado de estudiar los aspectos tipográficos de la comunicación escrita.

Osborne (2007), dice que para que una información escrita se comunique de manera eficiente, no sólo se necesita que el mensaje se interprete correctamente, sino que se comprenda a la mayor brevedad posible, ya que desde el punto de vista de la economía del tiempo, una lectura rápida asegura que la capacidad del ser humano para almacenar la memoria a largo plazo no se sobrecargue, además, cuanto más tiempo tarde el lector en descifrar una palabra o un símbolo, su tasa de comprensión será más lenta, lo cual se convierte en un factor que determina si el mensaje se leerá o no (McLaughlin, 1966, citado en Osborne, 2007). Una manera de lograr que el mensaje sea leído es atraer la atención del receptor potencial, por lo que la primera pregunta que el emisor debe plantearse es ¿cómo lograrlo?, ante lo cual, Osborne (2007) destaca la trascendencia de los títulos y encabezados para lograr dicho objetivo.

Encabezados

Paterson y Tinker (1964, citados en Osborne, 2007) llevaron a cabo un estudio en el que presentaron a sus participantes líneas de encabezados una a una, durante un tiempo límite, y contabilizaron el número de palabras leídas durante ese lapso, demostrando que se leen más palabras en un encabezado que contiene letras minúsculas que cuando se utilizan mayúsculas, aunque se trate del mismo tipo y número de fuente. Poulton, en 1967 (citado en Osborne, 2007) obtuvo resultados similares, pero además agregó que las letras minúsculas aventajaban un 9% a las mayúsculas en la habilidad para la lectura de encabezados, mientras que cuando se combinaron letras mayúsculas y minúsculas se obtuvieron resultados similares, aunque no existió una diferencia significativa respecto a la utilización de sólo minúsculas. Este autor sugiere que una de las razones por las que resulta más fácil leer minúsculas es la forma y envoltura que rodea a la palabra, ya que las letras mayúsculas no cuentan con una forma distintiva, y tienen el mismo tamaño, por lo que las palabras que únicamente se presentan en dicho tipo de letra no tienen una forma característica, mientras que las palabras escritas con minúsculas generalmente son distintas entre sí, ya que cuentan con rasgos propio ascendentes y descendentes.

La utilidad de los encabezados también radica en la ayuda que le ofrecen al lector para encontrar secciones específicas del texto, además de ofrecer estructura que será un apoyo para lograr dar una estructura al texto que ayude a integrar la información a medida que lo lee, así como para incrementar su comprensión y memoria de lo leído. Sin embargo, no se cuenta con estudios que indiquen qué tipo de texto es más dependiente de los encabezados Osborne (2007).

Indicadores tipográficos

A los indicadores tipográficos también se les suele llamar claves, y se trata de los recursos como letras, subrayados o asteriscos que pueden utilizarse para resaltar

las partes sobresalientes del texto. Comúnmente se recurre al subrayado, no obstante esta técnica cierra los espacios entre palabras y reduce los espacios que hay entre líneas, por lo que no es recomendable utilizarla, ya que podría dificultar la lectura (Oborne, 2007).

Pese a no contar con datos suficientes para apoyar el uso de letras cursivas y negritas, Oborne (2007) menciona que este tipo de indicadores pueden resultar de mayor utilidad que las mayúsculas o el subrayado. Asimismo, otras técnicas que pueden ser utilizadas son: colorear el fondo del texto o poner las letras en relieve.

Maneras alternativas de presentar la información

Cuando un mensaje escrito necesita ser comunicado, debe ser tomado en cuenta de qué tipo de mensaje se trata, las características del público al cual va dirigido y el propósito que se persigue para elegir la forma en que se hará, pues según la situación, funcionará o no. Dwyer (1967, citado en Oborne, 2007), demostró que un dibujo esquemático resulta más efectivo cuando por ejemplo, se busca probar la memoria de los sujetos respecto a la estructura del corazón cuando en un estudio les dio información sobre éste de manera oral o mediante un dibujo simple con algunas líneas escritas, sin embargo, cuando se trataba de la comprensión de su funcionamiento, la presentación oral resultó ser más efectiva, de tal forma que se concluyó que para presentar información simple es más recomendable presentar la información vía escrita, mientras que para integrarla se puede recurrir a la vía oral.

Dibujos

En la actualidad suele recurrirse a las ilustraciones principalmente para comunicar instrucciones, y resultan de suma utilidad cuando van dirigidas a un público de diferentes idiomas, nacionalidades o cuando los niveles de alfabetismo son bajos.

Las ilustraciones: Básicamente se pueden utilizar dos tipos de dibujos, que pueden ser símbolos discretos o formas complejas. Los primeros, se utilizan frecuentemente en la información pública, sin embargo, se ha investigado poco acerca del diseño apropiado de estos símbolos.

Prosa

La mayoría de la información que se transmite de hombre a hombre se efectúa mediante palabras orales o escritas, a través de enunciados significativos, sin embargo, en muchos casos, puede interrumpir la comunicación total o parcialmente cuando se malinterpretan las palabras, lo cual puede conllevar a consecuencias negativas, no sólo referidas a que el mensaje no sea recibido, sino que se cometan errores debido a una interpretación incorrecta (Oborne, 2007). Chapanis (1965, citado en Osborne, 2007) ha enfatizado la importancia de este problema, sugiriendo cuatro formas en las que el mensaje puede no recibirse correctamente: la ambigüedad, la información incompleta, la información que conduce a errores y la información verborreica, las cuales se pueden presentar de manera simultánea o por separado.

Ambigüedad: Se refiere a cuando el mensaje puede quedar abierto a más de una interpretación sensata, lo cual suele suceder cuando en aras de ahorrar espacio se busca omitir palabras aparentemente redundantes que constituyen una clave para la adecuada interpretación del texto. Asimismo, se puede producir ambigüedad cuando un texto se traduce de un idioma a otro, ya que se dan ligeros cambios de significado en el arreglo de las palabras traducidas o cambiar por completo el significado, la comprensibilidad o el contexto del mensaje, por ello, es importante conocer y comprender las características culturales de la región a la cual va dirigido el texto para adaptar en medida de lo posible la traducción a los términos utilizados en las mismas (Oborne, 2007).

Información incompleta: En ocasiones el proceso de comunicación puede verse

interrumpido cuando el lector omita ciertos aspectos relevantes del mensaje, aunque lo anterior puede ocurrir también por accidente, cuando el autor descarta del texto partes importantes que a él le resultan intrascendentes y que en cambio, hubieran ayudado al lector a comprender mejor el documento (Oborne, 2007).

Asimismo, la información puede volverse incompleta cuando se utilizan términos poco conocidos que no se explican, en cuyo caso el mensaje no será de utilidad, pues se encuentran fuera del contexto y conocimiento del receptor (Oborne, 2007).

Información que conduce a errores: Se refiere a la información incorrecta, ambigua o ser resultado de rumores, por lo que un mensaje simple puede distorsionarse debido a las adiciones u omisiones que pudieran originarse al ser transmitido (Oborne, 2007).

Información verborreica: En este caso el significado del mensaje no queda claro debido a un exceso de palabras o la utilización excesiva de tecnicismos.

Reglas para la comunicación

Propuestas por Wright y Barnard (1975, citados en Oborne, 2007), quienes diseñaron una guía útil para la elaboración de instrucciones para transmitir la información de forma adecuada, que contiene aspectos que hasta la actualidad son tomados en cuenta:

Uso de oraciones cortas: Según los autores, el lector posee una capacidad limitada para procesar la información, por lo cual, si ésta es muy larga, podría olvidar la primera parte de la información, lo cual provocará modificaciones en la recepción del mensaje.

Uso de oraciones activas: Se refiere a oraciones en las cuales se da una instrucción dirigida claramente al receptor como el sujeto que practicará la acción; en el caso

del presente estudio una oración pasiva en los medios impresos sería por ejemplo: "Utiliza el medicamento preventivo", en lugar de "Hay que utilizar el medicamento preventivo", ya que según Greene (1970, citado en Osborne, 2007), las oraciones activas son más recordadas y entendibles que sus equivalentes pasivas.

Uso de oraciones afirmativas: En este sentido, Greene (1970, citado en Osborne, 2007), también afirma que oraciones con elementos negativos son más difíciles de comprender que las que se componen de elementos positivos, en este caso, un ejemplo de oración adecuada sería "Protégete en temporadas de clima frío", en lugar de "No te expongas al frío".

ANEXO 3. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Expediente:

Por este conducto expreso que me han sido explicadas las actividades del presente programa de intervención psicológica.

Asimismo, expreso que he decidido colaborar *voluntariamente* en la presente investigación, y que me ha sido explicado que no existen riesgos al participar en ella.

De igual manera, se me ha explicado que la información que proporcione será de carácter confidencial, que no se divulgará, no se hará mal uso de ella y que tendrá fines exclusivos de salud.

Fecha

Fecha

Firma del interesado

Nombre y Firma de quien aplica el estudio.

ANEXO 4. ESTADÍSTICAS DE CASOS NUEVOS DE ENFERMEDAD 2000-2006

Causa de casos nuevos de enfermedad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Infecciones respiratorias agudas	29 427.3	27 980.5	28 874.3	25 948.9	24 581.3	25 616.1	22 671.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 203.3	5 283.3	5 250.2	4 684.0	4 535.5	4 584.5	4 496.8
Infección de vías urinarias	2 967.1	3 240.5	3 276.0	3 154.2	3 228.2	3 060.2	2 933.5
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 284.1	1 393.5	1 413.6	1 281.7	1 365.7	1 379.1	1 422.0
Otitis media aguda	614.6	643.2	693.9	695.6	675.3	726.1	675.6
Amebiasis intestinal	1 353.4	1 237.8	1 124.8	972.6	792.2	734.0	631.4
Hipertensión arterial	401.4	407.8	418.8	478.2	529.8	499.6	497.2
Gingivitis y enfermedad periodontal	NA	NA	NA	276.0	350.0	432.6	483.8
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	287.2	291.3	308.6	365.0	384.0	382.3	376.0
Otras helmintiasis	735.2	646.5	580.6	524.4	498.0	385.5	334.8
Candidiasis urogenital	302.5	325.8	354.8	346.3	330.9	342.9	330.5
Conjuntivitis	NA	NA	NA	NA	NA	256.5	310.3
Varicela	377.1	235.5	282.7	307.0	365.8	313.4	270.5
Intoxicación por picadura de alacrán	NA	221.7	231.7	233.4	218.5	238.6	269.5
*Asma y estado asmático	261.0	275.2	274.6	289.1	289.5	279.2	263.6
NOTA:	Con base en el último año se consideran los quince principales casos nuevos de enfermedades. El símbolo No Aplica indica que en ese año la enfermedad de referencia no está incluida dentro de los principales casos nuevos de enfermedades, 2000 a 2006.						
NA	No aplicable.						
FUENTE:	SSA. SUIVE. Dirección General de Epidemiología. www.dgepi.salud.gob.mx Recuperado el 5 de agosto de 2008.						

ANEXO 5. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2005*.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	32,59	1 663.6	100.0
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16,448	839.6	50.5
9	2	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2,688	137.2	8.2
10	3	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,49	127.1	7.6
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1,2	61.3	3.7
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	590	30.1	1.8
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	307	15.7	0.9
14	7	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	206	10.5	0.6
15	8	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	179	9.1	0.5
16	9	Q90	Síndrome de Down	168	8.6	0.5
17	10	N00-N19	Nefritis y nefrosis	120	6.1	0.4
18	11	Q05, Q07.0	Espina bífida	110	5.6	0.3
19	12	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	108	5.5	0.3
20	13	Q39.0-Q39.3	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	106	5.4	0.3
21	14	D50-D64	Anemia	96	4.9	0.3
22	15	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	75	3.8	0.2
23	16	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	69	3.5	0.2

24	17	I30-I33,I38,I40,I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre reumática)	66	3.4	0.2
25	18	A39, G00, G03	Meningitis	65	3.3	0.2
26	19	Q35-Q37	Paladar hendido	53	2.7	0.2
27	20	G40-G41	Epilepsia	52	2.7	0.2
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	461	23.5	1.4
30						
31			Las demás	6,933	353.9	21.3
32						
33						
34						
35						
36						
37						

* Durante el año 2005 el Asma no figuró entre las 37 primeras causas de mortalidad en niños menores de un año.

ANEXO 6. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2004

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2004.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	32 758	1 649.8	100.0
7						
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16 501	831.1	50.4
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	2 691	135.5	8.2
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2 662	134.1	8.1
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1 167	58.8	3.6
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	646	32.5	2.0
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	292	14.7	0.9
14	7	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	191	9.6	0.6
15	8	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	187	9.4	0.6
16	9	Q90	Síndrome de Down	173	8.7	0.5
17	10	Q39.0-Q39.3	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	117	5.9	0.4
18	11	Q05, Q07.0	Espina bífida	114	5.7	0.3
19	12	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	109	5.5	0.3
20	13	A39, G00, G03	Meningitis	95	4.8	0.3
21	14	N00-N19	Nefritis y nefrosis	88	4.4	0.3

22	15	D50-D64	Anemia	85	4.3	0.3
23	16	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	83	4.2	0.3
24	17	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	79	4.0	0.2
25	18	J45-J46	Asma	61	3.1	0.2
26	19	Q35-Q37	Paladar hendido	51	2.6	0.2
27	20	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	50	2.5	0.2
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	444	22.4	1.4
30						
31			Las demás	6 872	346.1	21.0
32						
33	1 Tasa por 100,000 nacimientos estimados de CONAPO					
34	No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 7. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2003

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2003					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	33 331	1,654.0	100.0
7						
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17 073	847.2	51.2
9	2	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2 634	130.7	7.9
10	3	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	2 514	124.7	7.5
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1 351	67.0	4.1
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	719	35.7	2.2
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	294	14.6	0.9
14	7	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	194	9.6	0.6
15	8	Q90	Síndrome de Down	186	9.2	0.6
16	9	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	177	8.8	0.5
17	10	Q05, Q07.0	Espina bífida	148	7.3	0.4
18	11	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	133	6.6	0.4
19	12	Q39.0-Q39.3	Fistula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	108	5.4	0.3
20	13	N00-N19	Nefritis y nefrosis	101	5.0	0.3
21	14	D50-D64	Anemia	100	5.0	0.3
22	15	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	91	4.5	0.3
23	16	A39, G00, G03	Meningitis	84	4.2	0.3
24	17	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	71	3.5	0.2

25	18	J45-J46	Asma	63	3.1	0.2
26	19	I31, I33, I40, I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (exc. Fiebre reumática)	51	2.5	0.2
27	20	Q35-Q37	Paladar hendido	43	2.1	0.1
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	446	22.1	1.3
30						
31			Las demás	6 750	334.9	20.3
32						
33	1 Tasa por 100 000 nacimientos estimados de CONAPO.					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002.					

ANEXO 8. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2002

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2002.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	36,546	1,784.11	100.0
7						
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,569	906.50	50.8
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	3,128	152.70	8.6
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2,634	128.59	7.2
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1,493	72.89	4.1
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	830	40.52	2.3
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	349	17.04	1.0
14	7	D65-D89, E01-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89	Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	332	16.21	0.9
15	8	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	227	11.08	0.6
16	9	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	216	10.54	0.6
17	10	Q90	Síndrome de Down	200	9.76	0.5
18	11	Q05, Q07.0	Espina bífida	145	7.08	0.4
19	12	Q39.0-Q39.3	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	127	6.20	0.3
20	13	N00-N19	Nefritis y nefrosis	125	6.10	0.3
21	14	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	110	5.37	0.3
22	15	D50-D64	Anemia	99	4.83	0.3

23	16	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	85	4.15	0.2
24	17	A39, G00, G03	Meningitis	83	4.05	0.2
25	18	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	82	4.00	0.2
26	19	J45-J46	Asma	67	3.27	0.2
27	20	G40-G41	Epilepsia	53	2.59	0.1
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	456	22.26	1.2
30						
31			Las demás	7,136	348.37	19.5
32						
33	1 Tasa por 100,000 nacimientos estimados de CONAPO					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 9. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2001

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2001.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	35,889	1,721.10	100.0
7						
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,192	872.42	50.7
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	2,819	135.19	7.9
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2,564	122.96	7.1
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1,577	75.63	4.4
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	708	33.95	2.0
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	299	14.34	0.8
14	7	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	243	11.65	0.7
15	8	Q90	Síndrome de Down	223	10.69	0.6
16	9	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	205	9.83	0.6
17	10	Q05, Q07.0	Espina bífida	197	9.45	0.6
18	11	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	125	5.99	0.4
19	12	N00-N19	Nefritis y nefrosis	121	5.80	0.3
20	13	A39, G00, G03	Meningitis	107	5.13	0.3
21	14	Q39.0-Q39.3	Fístula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	107	5.13	0.3
22	15	D50-D64	Anemia	92	4.41	0.3
23	16	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	84	4.03	0.2
24	17	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	80	3.84	0.2

25	18	G40-G41	Epilepsia	63	3.02	0.2
26	19	J45-J46	Asma	51	2.45	0.1
27	20	I30-I33, I38, I40, I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (exc. Fiebre reumática)	48	2.30	0.1
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	521	24.99	1.5
30						
31			Las demás	7,463	357.90	20.8
32						
33	1 Tasa por 100,000 nacimientos estimados de CONAPO					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	*7 V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 10. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO 2000.

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad infantil (menores de un año), 2000.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	38,589	1,815.16	100.0
7						
8	1	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	19,377	911.46	50.2
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	3,318	156.07	8.6
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	2,596	122.11	6.7
11	4	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1,812	85.23	4.7
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	794	37.35	2.1
13	6	Q00	Anencefalia y malformaciones similares	362	17.03	0.9
14	7	Q90	Síndrome de Down	269	12.65	0.7
15	8	Q05, Q07.0	Espina bífida	266	12.51	0.7
16	9	Q79.2-Q79.5	Defectos de la pared abdominal	214	10.07	0.6
17	10	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	212	9.97	0.6
18	11	Q39.0-Q39.3	Fistula traqueoesofágica, atresia y estenosis esofágica	155	7.29	0.4
19	12	A39, G00, G03	Meningitis	125	5.88	0.3
20	13	N00-N19	Nefritis y nefrosis	113	5.32	0.3
21	14	D50-D64	Anemia	112	5.27	0.3
22	15	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	104	4.89	0.3
23	16	J45-J46	Asma	80	3.76	0.2
24	17	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	80	3.76	0.2

25	18	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	79	3.72	0.2
26	19	I30-I33, I38, I40, I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (exc. Fiebre reumática)	68	3.20	0.2
27	20	Q35, Q37	Paladar hendido	67	3.15	0.2
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	474	22.30	1.2
30						
31			Las demás	7,912	372.17	20.5
32						
33	¹ Tasa por 100,000 nacimientos estimados de CONAPO					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	² / V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 11. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2005.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,45	81.5	100.0
7						
8	1	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	628	7.9	9.7
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	572	7.2	8.9
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	480	6.1	7.4
11	4	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	470	5.9	7.3
12	5	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	319	4.0	4.9
13	6	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	261	3.3	4.0
14	7	C91-C95	Leucemia	255	3.2	4.0
15	8	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	108	1.4	1.7
16	9	D50-D64	Anemia	83	1.0	1.3
17	10	W00-W19	Caidas accidentales	80	1.0	1.2
18	11	G40-G41	Epilepsia	78	1.0	1.2
19	12	N00-N19	Nefritis y nefrosis	65	0.8	1.0
20	13	D50-D64	Asma	63	0.8	1.0
21	14	Q90	Síndrome de Down	59	0.7	0.9
22	15	X40-X49	Envenenamiento accidental	55	0.7	0.9
23	16	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	54	0.7	0.8
24	17	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	49	0.6	0.8
25	18	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	27	0.3	0.4
26	19	A39, G00, G03	Meningitis	26	0.3	0.4
27	20	Q05, Q07.0	Espina bifida	26	0.3	0.4

28		R00-R99	Causas mal definidas	118	1.5	1.8
29						
30			Las demás	2,574	32.5	39.9
31						
32	^{1/} Tasa por 100,000 habitantes					
33	No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
34	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
35	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
36	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2004

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2004.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6 590	81.8	100.0
7						
8	1	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	677	8.4	10.3
9	2	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	613	7.6	9.3
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	462	5.7	7.0
11	4	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	454	5.6	6.9
12	5	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	335	4.2	5.1
13	6	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	281	3.5	4.3
14	7	C91-C95	Leucemia	217	2.7	3.3
15	8	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	86	1.1	1.3
16	9	G40-G41	Epilepsia	85	1.1	1.3
17	10	Q90	Síndrome de Down	77	1.0	1.2
18	11	W00-W19	Caidas accidentales	72	0.9	1.1
19	12	D50-D64	Anemia	68	0.8	1.0
20	13	D50-D64	Asma	66	0.8	1.0
21	14	N00-N19	Nefritis y nefrosis	66	0.8	1.0
22	15	X40-X49	Envenenamiento accidental	53	0.7	0.8
23	16	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	48	0.6	0.7
24	17	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	48	0.6	0.7
25	18	A39, G00, G03	Meningitis	36	0.4	0.5
26	19	B20-B24	VIH/SIDA	35	0.4	0.5
27	20	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	33	0.4	0.5

28		R00-R99	Causas mal definidas	134	1.7	2.0
29						
30			Las demás	2 644	32.8	40.1
31						
32	^{1/} Tasa por 100,000 habitantes					
33	No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
34	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
35	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
36	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2003

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2003					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,688	81.32	100.0
7						
8	1	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	648	7.88	9.7
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	626	7.61	9.4
10	3	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	457	5.56	6.8
11	4	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	450	5.47	6.7
12	5	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	341	4.15	5.1
13	6	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	332	4.04	5.0
14	7	C91-C95	Leucemia	252	3.06	3.8
15	8	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	105	1.28	1.6
16	9	D50-D64	Anemia	87	1.06	1.3
17	10	G40-G41	Epilepsia	69	0.84	1.0
18	11	Q90	Síndrome de Down	69	0.84	1.0
19	12	D50-D64	Asma	68	0.83	1.0
20	13	W00-W19	Caidas accidentales	64	0.78	1.0
21	14	N00-N19	Nefritis y nefrosis	62	0.75	0.9
22	15	X40-X49	Envenenamiento accidental	59	0.72	0.9
23	16	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	55	0.67	0.8
24	17	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	49	0.60	0.7
25	18	Q05, Q07.0	Espina bífida	41	0.50	0.6

26	19	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	38	0.46	0.6
27	20	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	36	0.44	0.5
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	141	1.71	2.1
30						
31			Las demás	2,639	32.09	39.5
32						
33	^{1/} Tasa por 100 000 habitantes					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002.					

ANEXO 14. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2002

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2002.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,809	80.88	100.0
7						
8	1	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	664	7.42	9.8
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	662	6.67	9.7
10	3	"	Accidentes de vehículo de motor (transito)	542	5.05	8.0
11	4	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	431	4.61	6.3
12	5	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	367	4.31	5.4
13	6	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	365	3.62	5.4
14	7	C91-C95	Leucemia	223	2.69	3.3
15	8	D65-D89, E01-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	161	1.39	2.4
16	9	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	114	1.17	1.7
17	10	D50-D64	Asma	96	1.01	1.4
18	11	Q90	Síndrome de Down	85	0.93	1.2
19	12	W00-W19	Caidas accidentales	80	0.92	1.2
20	13	G40-G41	Epilepsia	79	0.85	1.2
21	14	N00-N19	Nefritis y nefrosis	76	0.82	1.1
22	15	D50-D64	Anemia	62	0.74	0.9
23	16	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	59	0.67	0.9
24	17	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	54	0.58	0.8
25	18	X40-X49	Envenenamiento accidental	45	0.43	0.7

26	19	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	43	0.37	0.6
27	20	A39, G00, G03	Meningitis	35	0.34	0.5
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	133	1.54	2.0
30						
31			Las demás	2,433	30.45	35.7
32						
33						
34						
35						
36						
37						

¹/ Tasa por 100,000 habitantes

Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero

²/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Fuente:
Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.

ANEXO 15. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2001

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2001.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,606	76.57	100.0
7						
8	1	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	640	7.42	9.7
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	575	6.67	8.7
10	3	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	436	5.05	6.6
11	4	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	398	4.61	6.0
12	5	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	372	4.31	5.6
13	6	E40-E46	Desnutrición calórica proteica	312	3.62	4.7
14	7	C91-C95	Leucemia	232	2.69	3.5
15	8	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	120	1.39	1.8
16	9	G40-G41	Epilepsia	101	1.17	1.5
17	10	D50-D64	Anemia	87	1.01	1.3
18	11	J45-J46	Asma	80	0.93	1.2
19	12	W00-W19	Caidas accidentales	79	0.92	1.2
20	13	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	73	0.85	1.1
21	14	N00-N19	Nefritis y nefrosis	71	0.82	1.1
22	15	Q90	Síndrome de Down	64	0.74	1.0
23	16	X40-X49	Envenenamiento accidental	58	0.67	0.9
24	17	Q05, Q07.0	Espina bifida	50	0.58	0.8
25	18	J00-J06	Infecciones respiratorias agudas altas	37	0.43	0.6
26	19	A39, G00, G03	Meningitis	32	0.37	0.5

27	20	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	29	0.34	0.4
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	133	1.54	2.0
30						
31			Las demás	2,627	30.45	39.8
32						
33						
34						
35		^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-9), V29-V79 (.4-9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0				
36		Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.				
37		CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.				

ANEXO 16. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS 2000

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad preescolar (de 1 a 4 años), 2000.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ¹ /	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,933	78.46	100.0
7						
8	1	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	689	7.96	9.9
9	2	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	668	7.72	9.6
10	3	21	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	444	5.13	6.4
11	4	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	406	4.69	5.9
12	5	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	398	4.60	5.7
13	6	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	363	4.19	5.2
14	7	C91-C95	Leucemia	249	2.88	3.6
15	8	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	108	1.25	1.6
16	9	B15-B19, B94.2	Hepatitis	94	1.09	1.4
17	10	B15,B172,B178,B188,B189,B19,B942	Otras hepatitis virales	93	1.07	1.3
18	11	G40-G41	Epilepsia	84	0.97	1.2
19	12	D50-D64	Anemia	82	0.95	1.2
20	13	W00-W19	Caidas accidentales	81	0.94	1.2
21	14	Q90	Síndrome de Down	77	0.89	1.1
22	15	J45-J46	Asma	75	0.87	1.1
23	16	N00-N19	Nefritis y nefrosis	72	0.83	1.0
24	17	X00-X09	Exposición al fuego, humo y lamas	70	0.81	1.0
25	18	Q05, Q07.0	Espina bífida	61	0.70	0.9
26	19	X40-X49	Envenenamiento accidental	53	0.61	0.8
27	20	A39, G00, G03	Meningitis	47	0.54	0.7
28						

29		R00-R99	Causas mal definidas	131	1.51	1.9
30						
31			Las demás	2,588	29.91	37.3
32						
33	^{1/} Tasa por 100,000 habitantes					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	^{2/} V02-V04 (.1-.9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 17. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2005.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,773	30.6	100.0
7						
8	1	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	963	4.3	14.2
9	2	C91-C95	Leucemia	602	2.7	8.9
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	292	1.3	4.3
11	4	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	257	1.2	3.8
12	5	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	195	0.9	2.9
13	6	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	191	0.9	2.8
14	7	N00-N19	Nefritis y nefrosis	169	0.8	2.5
15	8	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	155	0.7	2.3
16	9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	126	0.6	1.9
17	10	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	124	0.6	1.8
18	11	G40-G41	Epilepsia	105	0.5	1.6
19	12	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	89	0.4	1.3
20	13	D50-D64	Anemia	83	0.4	1.2
21	14	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	69	0.3	1.0
22	15	W00-W19	Caidas accidentales	68	0.3	1.0
23	16	X40-X49	Envenenamiento accidental	59	0.3	0.9
24	17	Q05, Q07.0	Espina bifida	48	0.2	0.7
25	18	E10-E14	Diabetes mellitus	46	0.2	0.7
26	19	J45-J46	Asma	43	0.2	0.6
27	20	K35-K37	Apendicitis	38	0.2	0.6

29		R00-R99	Causas mal definidas	95	0.4	1.4
30			Las demás	2,956	13.4	43.6
31						
32	^{1/} Tasa por 100,000 habitantes					
33	No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
34	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
35	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
36	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 18. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2004

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2004.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6 602	29.5	100.0
7						
8	1	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	937	4.2	14.2
9	2	C91-C95	Leucemia	607	2.7	9.2
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	290	1.3	4.4
11	4	N00-N19	Nefritis y nefrosis	230	1.0	3.5
12	5	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	201	0.9	3.0
13	6	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	199	0.9	3.0
14	7	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	174	0.8	2.6
15	8	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	148	0.7	2.2
16	9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	136	0.6	2.1
17	10	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	108	0.5	1.6
18	11	G40-G41	Epilepsia	103	0.5	1.6
19	12	D50-D64	Anemia	86	0.4	1.3
20	13	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	83	0.4	1.3
21	14	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	81	0.4	1.2
22	15	W00-W19	Caidas accidentales	65	0.3	1.0
23	16	Q05, Q07.0	Espina bifida	47	0.2	0.7
24	17	X40-X49	Envenenamiento accidental	42	0.2	0.6
25	18	E10-E14	Diabetes mellitus	37	0.2	0.6
26	19	I30-I33, I38, I40, I42	Enfermedades inflamatorias del corazón (excluye Fiebre)	32	0.1	0.5

			reumática)			
27	20	A39, G00, G03	Meningitis	31	0.1	0.5
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	80	0.4	1.2
30						
31			Las demás	2 885	12.9	43.7
32						
33	1/ Tasa por 100,000 habitantes					
34	No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 19. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2003

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2003.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	6,918	30.73	100.0
7						
8	1	2 ¹	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1 011	4.49	14.6
9	2	C91-C95	Leucemia	596	2.65	8.6
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	335	1.49	4.8
11	4	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	226	1.00	3.3
12	5	N00-N19	Nefritis y nefrosis	223	0.99	3.2
13	6	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	181	0.80	2.6
14	7	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	162	0.72	2.3
15	8	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	143	0.64	2.1
16	9	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	143	0.64	2.1
17	10	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	123	0.55	1.8
18	11	G40-G41	Epilepsia	118	0.52	1.7
19	12	D50-D64	Anemia	100	0.44	1.4
20	13	W00-W19	Caidas accidentales	94	0.42	1.4
21	14	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	80	0.36	1.2
22	15	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	77	0.34	1.1
23	16	Q05, Q07.0	Espina bifida	58	0.26	0.8
24	17	X40-X49	Envenenamiento accidental	43	0.19	0.6
25	18	Q90	Síndrome de Down	43	0.19	0.6
26	19	E10-E14	Diabetes mellitus	41	0.18	0.6
27	20	D50-D64	Asma	39	0.17	0.6

29		R00-R99	Causas mal definidas	84	0.37	1.2
30						
31			Las demás	2 998	13.32	43.3
32						
33	^{1/} Tasa por 100 000 habitantes.					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero.					
35	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002.					

ANEXO 20. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2002.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	7,009	31.00	100.0
7						
8	1	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	979	4.33	14.0
9	2	C91-C95	Leucemia	613	2.71	8.7
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	380	1.68	5.4
11	4	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	232	1.03	3.3
12	5	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	210	0.93	3.0
13	6	N00-N19	Nefritis y nefrosis	208	0.92	3.0
14	7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	197	0.87	2.8
15	8	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	166	0.73	2.4
16	9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	140	0.62	2.0
17	10	G40-G41	Epilepsia	126	0.56	1.8
18	11	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	124	0.55	1.8
19	12	D65-D89, E01-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E89	Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	101	0.45	1.4
20	13	W00-W19	Caidas accidentales	98	0.43	1.4
21	14	D50-D64	Anemia	97	0.43	1.4
22	15	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	85	0.38	1.2
23	16	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	85	0.38	1.2
24	17	X40-X49	Envenenamiento accidental	59	0.26	0.8
25	18	Q05, Q07.0	Espina bífida	46	0.20	0.7

26	19	E10-E14	Diabetes mellitus	42	0.19	0.6
27	20	K35-K37	Apendicitis	40	0.18	0.6
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	91	0.40	1.3
30						
31			Las demás	2,89	12.78	41.2
32						
33	¹ / Tasa por 100,000 habitantes					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	² / V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 21. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2001.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	7,088	31.31	100.0
7						
8	1	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1,028	4.54	14.5
9	2	C91-C95	Leucemia	588	2.60	8.3
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	349	1.54	4.9
11	4	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	296	1.31	4.2
12	5	N00-N19	Nefritis y nefrosis	201	0.89	2.8
13	6	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	192	0.85	2.7
14	7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	180	0.80	2.5
15	8	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	140	0.62	2.0
16	9	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	124	0.55	1.8
17	10	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	122	0.54	1.7
18	11	W00-W19	Caidas accidentales	107	0.47	1.5
19	12	G40-G41	Epilepsia	104	0.46	1.5
20	13	D50-D64	Anemia	102	0.45	1.4
21	14	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	91	0.40	1.3
22	15	X40-X49	Envenenamiento accidental	68	0.30	1.0
23	16	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	61	0.27	0.9
24	17	J45-J46	Asma	44	0.19	0.6
25	18	K35-K37	Apendicitis	42	0.19	0.6
26	19	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	42	0.19	0.6

27	20	E10-E14	Diabetes mellitus	41	0.18	0.6
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	116	0.51	1.6
30						
31			Las demás	3,05	13.47	43.0
32						
33	^{1/} Tasa por 100,000 habitantes					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	^{2/} V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 22. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS 2005

	A	B	C	D	E	F
1	Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2000.					
2	Nacional					
3						
4	Orden	Clave CIE 10a. Rev.	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
5						
6		A00-Y98	Total	7,118	31.47	100.0
7						
8	1	^{2/}	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	982	4.34	13.8
9	2	C91-C95	Leucemia	642	2.84	9.0
10	3	W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales	375	1.66	5.3
11	4	X85-Y09, Y87.1	Agresiones (homicidios)	290	1.28	4.1
12	5	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	209	0.92	2.9
13	6	N00-N19	Nefritis y nefrosis	209	0.92	2.9
14	7	Q20-Q24	Malformaciones congénitas del corazón	184	0.81	2.6
15	8	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	166	0.73	2.3
16	9	E40-E46	Desnutrición calórico protéica	144	0.64	2.0
17	10	X60-X84, Y87.0	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	117	0.52	1.6
18	11	G40-G41	Epilepsia	114	0.50	1.6
19	12	D50-D64	Anemia	99	0.44	1.4
20	13	W00-W19	Caidas accidentales	95	0.42	1.3
21	14	C81-C90	Linfomas y mieloma múltiple	94	0.42	1.3
22	15	X00-X09	Exposición al fuego, humo y llamas	66	0.29	0.9
23	16	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	64	0.28	0.9
24	17	Q05, Q07.0	Espina bifida	58	0.26	0.8
25	18	X40-X49	Envenenamiento accidental	49	0.22	0.7
26	19	E10-E14	Diabetes mellitus	44	0.19	0.6

27	20	Q90	Síndrome de Down	36	0.16	0.5
28						
29		R00-R99	Causas mal definidas	102	0.45	1.4
30						
31			Las demás	2,979	13.17	41.9
32						
33	1/ Tasa por 100,000 habitantes					
34	Los totales no incluyen defunciones de residentes en el extranjero					
35	2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0					
36	Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud.Dirección General de Información en Salud.					
37	CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050.					

ANEXO 23. CUESTIONARIO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE ENTRE EQUIPO DE SALUD DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA DEL INER

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Encuesta sobre la relación Profesional-paciente en el equipo de salud del Servicio de Neumología Pediátrica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Ismael Cosío Villegas".

Edad _____ Profesión _____

A continuación se presenta un listado de preguntas. Las respuestas que proporcione tendrán un uso confidencial y se solicitan con fines de apoyar una investigación, de modo que por favor, conteste lo más sinceramente posible.

- 1- Señale en la siguiente escala qué tan importante es para usted la relación entre el profesional de la Salud y el paciente (o sus familiares).
a) Muy importante b) Importante c) Poco importante d) No es importante
- 2- Con base en su experiencia, ¿considera usted que la calidad de la relación entre el profesional de la salud y el paciente (o sus familiares) influye en el progreso del tratamiento?
- 3- ¿Cómo?
- 4- ¿Considera que la actitud que usted asume ante los pacientes (y familias) influye en la calidad de la estancia hospitalaria?
- 5- ¿De qué forma?
- 6- En su opinión ¿cómo podría fomentarse una mayor calidad en la relación del profesional de la salud con los receptores de los servicios? (obviamente dentro de los parámetros de la ética y el profesionalismo)