



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN
PADRES CON BEBÉS INTERNADOS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS**

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

XOCHIL YADIRA BRAVO PAZ

DIRECTORA:

**DRA. CAROLINA SANTILLÁN TORRES
TORIJA**



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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.

RESUMEN

El embarazo y nacimiento de un hijo(a) comúnmente es considerado como una experiencia emocionante y satisfactoria tanto para el padre, la madre y las personas cercanas a ellos. No obstante, éste hecho muchas veces se ve perturbado por complicaciones médicas tanto en la madre como en el feto que ponen en riesgo la vida de ambos, provocando el nacimiento prematuro del bebé de manera natural o por cesárea y posteriormente su internamiento en la unidad de cuidados intensivos. Se ha observado que esta situación tiene como consecuencia la afección de la salud emocional de la madre y el padre, puesto que suelen desarrollar síntomas elevados de estrés, ansiedad y en algunos casos depresión. A pesar de observarse este tipo de sintomatología no se ha desarrollado una intervención psicológica enfocada en su tratamiento dentro de los hospitales, puesto que la atención se centra en el estado de salud del recién nacido. Bajo esta premisa el presente trabajo tiene como objetivo la revisión bibliográfica y hemerográfica acerca de la prevalencia y características de dichos síntomas en los padres y madres, el estudio y tratamiento psicológico de los mismos, las complicaciones médicas que presentan los recién nacidos, para finalmente hacer una propuesta acerca de la intervención terapéutica hacia esta población en hospitales desde el enfoque teórico Cognitivo – Conductual, tras la revisión de sus supuestos teóricos y prácticos.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Estrés, ansiedad y depresión en padres y madres en el área de neonatología.	
Estrés	5
Estudio y conceptualización	6
Tipos de estrés y estresores	8
Manifestaciones de estrés	9
Estrategias de afrontamiento	10
Evaluación	11
Tratamiento	13
Ansiedad.	15
Estudio y conceptualización	15
Manifestaciones de la Ansiedad	19
Trastornos de Ansiedad	21
Evaluación	21
Tratamiento	23
Trastornos de Estrés pos traumático (TEPT).	24
Diagnóstico.	29
Tratamiento	30
Depresión.	30
Estudio y conceptualización	31
Causas	33
Manifestaciones de la Depresión	35
Trastornos Depresivos	36
Diagnóstico	37
Evaluación	48
Tratamiento	40

Depresión Postparto	42
Diagnóstico	45
Tratamiento	45
Capítulo 2. Características y motivos principales de internamiento de bebés en la unidad de cuidados intensivos	
Características de la UCIN	47
Prematurez	49
Síndrome de Dificultad Respiratoria o Enfermedad de la Membrana Hialina.	53
Sepsis Neonatal	54
Asfixia Perinatal	56
Cardiopatía congénita	59
Capítulo 3. Terapia Cognitivo Conductual y Medicina Conductual en la UCIN	
Antecedentes	62
Teorías semánticas	64
Teorías de aprendizaje.	
Medicina Conductual	72
Técnicas Cognitivo – Conductuales	74
Técnicas conductuales	75
Técnicas emocionales	76
Técnicas cognitivas	78
Propuesta de intervención en la atención psicológica de padres y madres con recién nacidos en la UCIN	79
Objetivo	79
Justificación	79
Diseño	80
Conclusiones	91
Referencias	95

INTRODUCCIÓN

En siglos pasados ante la complicación de un nacimiento el principal objetivo del médico o la matrona era el salvaguardar el bienestar de la madre, sacrificando al bebé si era necesario. Durante las últimas décadas el interés acerca del cuidado del bebé prematuro en la unidad de cuidados intensivos ha aumentado considerablemente centrándose en proporcionar los cuidados para favorecer el crecimiento y desarrollo necesario para la sobrevivencia del recién nacido fuera del útero materno (Ruíz, 2004).

El interés acerca del cuidado de los recién nacidos en pretérmino surge a finales del siglo XIX con los trabajos de Stéphane Tarnier, Pierre Budin y Heinrich, con la creación de la primera incubadora y su posterior perfeccionamiento (Del Moral y Bancalari, 2010 y Pintos, 2009). En la década de los 30's tuvo origen la especialización en neonatología a nivel internacional, enfocada en el conocimiento y tratamiento de los problemas presentes en el feto y el neonato, acentuándose el interés durante la segunda guerra mundial en aquellas patologías dadas después del nacimiento. Así, en la década de los 70's en México comienza a tener auge dicha especialidad, siendo un requisito indispensable en 1997 dos años de residencia en la misma (Pintos, 2009).

Actualmente el porcentaje que abandona esta área con un pronóstico favorable es cada vez mayor. Sin embargo, a pesar de estos avances en relación al cuidado del neonato, aún existe un índice elevado de prematuros que ingresan a esta área hospitalaria. Aproximadamente, alrededor del mundo se dan 13 millones de partos pretérmino, afectando en mayor medida los países emergentes o de desarrollo intermedio (Pérez, López, y Rodríguez, 2013).

El Hospital General de México de la Secretaría de Salud, reportó que de 1995 a 2001 el 41% de los recién nacidos vivos fueron prematuros (Larrea, 2014). Asimismo, Instituto Nacional

de Perinatología indica que el 19.7% de los nacimientos son prematuros, siendo la principal causa de muerte neonatal con el 38.4% (Pérez, López, y Rodríguez, 2013).

Si bien la prematurez en sí misma es un factor condicionante para la vida de un recién nacido, ésta comúnmente se acompaña de una serie de padecimientos que complejizan aún más la salud y desarrollo, provocando el internamiento de los infantes, muchas veces prolongado, en el área de cuidados intensivos. Algunas de estas complicaciones son la asfixia, la sepsis, la neumonía, la deficiencia respiratoria o la cardiopatía, entre otras, que si bien representan algunas de las causas de muerte en aislado de recién nacidos a término, en los prematuros tienden a presentarse de manera conjunta o comórbida como consecuencia de la falta de madurez biológica (Pérez, López, y Rodríguez, 2013y Santiago, 2014).

Así, de manera contraría a lo que idealiza sobre y después del nacimiento de un hijo(a), existen una serie de factores y sucesos que enmarcan un recibimiento inesperado y complejo por parte de los padres y madres, porque como menciona Ruíz (2004) no sólo el recién nacido es el prematuro, sino también quienes lo reciben antes del tiempo planeado, debido a que al verse interrumpido el cumplimiento de las etapas propias del embarazo se genera la percepción de no estar totalmente preparados para dar los cuidados necesarios, aumentando dicha percepción si la madre presenta algún tipo de enfermedad que condicione su vida, además de la del bebé.

A pesar de que se ha dado un desarrollo potencial en torno al cuidado de la salud física del recién nacido y de la madre dentro de los hospitales, aún no se ha puesto atención en las consecuencias psicológicas que surgen en ambos padres que se encuentran en este tipo de situaciones. Diversas investigaciones han identificado que las principales consecuencias que se presentan ante la noticia de la necesidad de extraer al bebé antes del tiempo establecido o ante la

presencia de una emergencia que genere el parto prematuro son estrés, ansiedad y depresión (Pediatrix Medical Group, 2011 y Cano, 2013), las cuales van a ser proporcionales a la gravedad de la situación, los procedimientos a realizar en el recién nacido y el tiempo de internamiento.

Aunque que se ha podido conocer estas consecuencias, aún existe muy poco trabajo desarrollado por parte de los expertos en psicología en relación a la atención necesaria hacia los padres y madres y en el entrenamiento de diversas habilidades que contribuyan a un mejor afrontamiento. Esto puede deberse a que la mayor atención se centra en el cuidado de la salud física del recién nacido y su madre, aunado al hecho de que comúnmente no se encuentra un espacio específico que tenga como objetivo la orientación y atención psicológica dentro de los hospitales, provocando que los padres y madres enfrenten estas complicaciones solos y exista una posible repercusión en su salud emocional, su relación de pareja, familiar y/o en el vínculo que se establezca con el recién nacido.

Partiendo de este hecho se plantea la necesidad de establecer una intervención de tipo psicológica que prepare a los padres y madres a los posibles diagnósticos y procedimientos, a la probabilidad del deceso del bebé o ante secuelas permanentes o temporales y atienda los estados de estrés, ansiedad o depresión. En esta revisión se propone la intervención psicológica basada en el modelo cognitivo conductual, bajo la premisa de la importancia que tiene los pensamientos que se generan tanto en la madre como en el padre en torno a la situación de salud de su hijo y el efecto que estos tienen en su comportamiento y modo de afrontarlo.

En la primera parte que conforma este documento se plantean las principales consecuencias de tipo psicológico identificadas en padres y madres tras el internamiento de su

hijo(a) recién nacido en la unidad de cuidados intensivos, partiendo desde el concepto de dichos padecimientos, para finalizar con la forma en que son atendidos médica y psicológicamente.

En el segundo capítulo se abordan las principales características y los padecimientos que se presentan en los recién nacidos internados en cuidados intensivos.

Finalmente en la tercera parte se desarrollará una propuesta de intervención cognitivo conductual, partiendo de los principios básicos de dicho modelo, sus objetivos, así como las técnicas que desde él se proponen para la intervención en el afrontamiento del problema planteado en esta revisión bibliográfica y hemerográfica.

Objetivos.

Identificar las principales consecuencias psicológicas en padres y madres en torno a la hospitalización de su recién nacido en el área de cuidados intensivos en literatura reciente.

Establecer una propuesta de intervención psicológica cognitivo conductual en padres y madres que tienen internados a sus recién nacidos en el área de cuidados intensivos.

Metodología.

Se realizará una revisión bibliográfica y hemerográfica acerca de la incidencia del internamiento de recién nacidos en el área de neonatología y su comorbilidad.

Posteriormente se identificarán las principales consecuencias psicológicas surgidas en los padres con hijos internados en dicha área y los procedimientos a utilizar para su tratamiento.

Se concluirá con una propuesta de intervención desde el modelo cognitivo conductual para el tratamiento específico de padres en esta situación, con base en lo observado en la revisión bibliográfica y hemerográfica.

CAPÍTULO 1

ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES Y MADRES EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA

Durante este primer capítulo se describen las principales consecuencias observadas en padres y madres que se encuentran ante un evento de alta exigencia de adaptación como es el internamiento de su recién nacido dentro de la Unidad de Cuidados Intens Neonatales (UCIN) en el área de neonatología como consecuencia de algún padecimiento grave. La descripción de cada uno de estos estados se compone del origen de su estudio, la manera en que se presenta o desarrolla como un estado patológico en las personas, así como su evaluación y tratamiento desde la perspectiva psicológica. Asimismo, se hace una descripción de un tipo específico de los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, así como de la depresión que se presenta frecuentemente después del parto, puesto que la población abordada se caracteriza por tener una mayor probabilidad de desarrollar uno o ambos estados.

Estrés

El internamiento de un recién nacido en la UCIN es considerado como un evento ante el que se presentan altos niveles de estrés reportado por los propios padres, en comparación con el internamiento en la unidad de cuidados generales (Board, 2004). Diversas investigaciones se han propuesto comprobar la presencia de esta respuesta en los padres y madres, así como sus niveles de afectación.

En un estudio desarrollado por Caroso (2012), que evaluó la percepción de estrés en un grupo de padres internados en la UCIN, pudo identificar que el suceso más estresante para ellos

era la separación de su hijo(a), así como la modificación de su rol provocada por el internamiento. Del mismo modo, en una investigación realizada por León, Poudereux, Giménez y Beláustegui (2005), encontraron que el 45.5% de las madres y el 38% de los padres indicaron que es extremadamente estresante la internación de su recién nacido.

Jofré y Henríquez (2002) identificaron en una población chilena que el 51.4% de las madres presentaban altos niveles de estrés y el 48.6% niveles aun mayores, asimismo, mostraron que éstos se encontraban mayormente relacionados con el ambiente dentro de la UCIN, su rol como madres y el aspecto y comportamiento del recién nacido.

Algunos autores mencionan que el estrés relacionado con el rol materno o paterno se deriva de la exposición anticipada al parto, así como con la presencia de frustración y percepción de incapacidad para dar cuidado a su hijo(a) (Galimberti, 2012).

Estudio y conceptualización. En los últimos años el término estrés se ha convertido en una palabra de uso muy común, se habla de él en televisión, la radio y en conversaciones cotidianas. Esto como resultado del modo de vida de las personas en la actualidad, donde cada día tienen mayores niveles de exigencia tanto en el ámbito laboral, escolar y familiar. Sin embargo, el hecho de hablar tanto del estrés no es sinónimo de que las personas tengan cien por ciento claro a qué se refiere, cómo se presenta y sus consecuencias directas, provocando que éste siempre sea considerado como algo maligno para las personas, entendido como la causa de otros muchos padecimientos.

El estudio del estrés se remonta a varias décadas, aunque no usando de manera concreta dicho término. Los primeros análisis acerca de éste se realizaron únicamente relacionados con las

respuestas de tipo fisiológica de organismos vivos ante ciertas situaciones, sin resaltar cambios de tipo conductual o cognitivo.

Uno de los primeros en realizar estudios acerca de este fenómeno fue el fisiólogo francés Claude Berbad en 1867, quien la describió como una perturbación ante un organismo que genera una respuesta dirigida a recobrar su estabilidad como una condición indispensable para la conservación de la vida (Martínez, 2015). Posteriormente, en 1915 el fisiólogo estadounidense Walter B. Cannon lo explicó bajo el término *reacción de alerta* en la que resaltó el incremento automático en la secreción de adrenalina como consecuencia de la exposición de un organismo a un estresor. Partiendo de este tipo de observaciones, en 1939 Canon habló de homeostasis, como aquellos procesos fisiológicos que buscan mantener los estados del organismo en equilibrio (Fuente, 1994).

En 1936, Hans Selye, fisiólogo y médico astro-húngaro, realizó una serie de experimentos en ratas a las que inyectaba agentes nocivos externos que provocaban un mecanismo de defensa, que le permitió definir el estrés bajo principios biológicos comprobables e identificar dos tipos principales: austrés o estrés agudo (estímulo real de poca duración) y distrés o estrés crónico (estímulo real o imaginario de duración prolongada) y establecer tres fases que componen esta respuesta (Martínez, 2015):

Reacción de alarma. Percepción del estímulo peligroso que activa el sistema simpático, incrementando los niveles de noradrenalina y adrenalina.

Resistencia. Distribución de recursos de energía, evitando aquellas actividades que no estén enfocadas a la supervivencia.

Agotamiento. Pérdida de resistencia ante la exposición prolongada al “peligro”, provocando enfermedades de adaptación: alteraciones nerviosas, úlceras gastrointestinales, hipertensión.

El estrés como factor psicológico, y no sólo como respuesta biológica, fue estudiado hasta la segunda guerra mundial en el rendimiento de los soldados en el combate. Sin embargo, hasta la década de los 70's fue reconocido el estrés como inherente al ser humano, enfocando su estudio en los métodos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman describen el estrés en 1984 como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Latorre y Benit, 1994). De esta forma, se entiende que la interpretación del individuo acerca de los acontecimientos estresantes es más importante que los acontecimientos en sí mismos, puesto que repercute en la manera en que se evalúan situaciones futuras con aspectos similares y se responde ante ellas.

Tipos de estrés y estresores. Como se mencionó, Selye indicó dos principales tipos de estrés:

Estrés agudo-austrés. Correspondiente a una agresión de tipo física o psico-emocional en tiempo corto, por ejemplo, la agresión de un animal, un accidente automovilístico, una mala o buena noticia, etc. Este tipo es considerado como “buen estrés” al estar relacionado con el placer, con los sucesos que la persona quiere o acepta de manera tranquila.

Estrés crónico-distrés. Relacionado con agresiones moderadas pero que tienen una duración prolongada o una constante repetición, exigiendo una adaptación frecuente. Este tipo de

estresores tienden a sobrepasar el umbral de resistencia, generando secuelas a largo plazo tanto conductual, psicológica y fisiológicamente.

Velázquez (2001) propone una clasificación más extensa en función de tres aproximaciones:

Estrés como conjunto de estímulos ambientales que pueden ser agudos, limitados temporalmente (cirugías, tatuarse, confrontar un animal peligroso, etc.), presentarse en secuencias prolongadas derivadas de una situación inicial (pérdida de empleo, divorcio, etc.) y ser crónicos intermitentes (problemas sexuales, exámenes, etc.) o crónicos permanentes (incapacidad fisiológica, problemas familiares, adicciones, etc.).

Estrés como respuesta compuesta por elementos interrelacionados de tipo psicológico (patrón conductual, emocional y de pensamiento) y fisiológico (elevación de arousal corporal y presión arterial).

Estrés como proceso que incluye estresores, tensión e interacción individuo-medio ambiente.

Manifestaciones del estrés. Joseph-Bravo y De Gortari (2007) explican que una vez percibido el estímulo estresante, el cerebro comienza a mandar señales a la corteza cerebral, de manera más específica al hipotálamo. Éste activa el sistema nervioso autónomo y endócrino, que impulsan al sistema nervioso simpático (SNS) y pone en movimiento los músculos del cuerpo necesarios para defender al organismo. En el caso del sistema endócrino, mediante la pituitaria segrega las hormonas encargadas de regular la homeostasis (ACTH). Como consecuencia la presión arterial se eleva, la sangre se dirige hacia los músculos abandonando la superficie de la piel, se acelera la respiración mejorando la oxigenación y los niveles de insulina aumentan para

metabolizar una mayor cantidad de energía. De manera contraria, el sistema digestivo disminuye su actividad, al mismo tiempo que se relajan los intestinos y la vejiga.

Se entiende que esta activación permite al organismo hacer frente y sobrevivir ante diversos peligros inminentes. Sin embargo, al analizar el *modus vivendi* del ser humano, cuando esta activación se mantiene durante mucho tiempo y no hay oportunidad de que el organismo se reponga, es posible observar el desgaste y deterioro acelerado de diversos sistemas internos.

Estrategias de afrontamiento. Como parte de la respuesta de estrés existe una demanda de tipo cognitiva que determina las acciones que realiza ante las situaciones problemáticas. Estas acciones no siempre van a ser completamente exitosas; sin embargo, de cierta forma van a permitir un beneficio que las refuerce como soluciones.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron el *Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento* que se basa en la relación entre la valoración que hace el individuo acerca del estímulo amenazante y de sus herramientas de afrontamiento para determinar el nivel de estrés. Asimismo, reconoce que en dicha valoración existe mutua interacción entre el individuo y las instituciones sociales a las que pertenece, siendo éstas parte del ambiente que lo rodea.

En función de dicho modelo, sus autores distinguen dos tipos de respuesta de afrontamiento:

Dirigidas a la emoción. Derivada de la idea de incapacidad por parte del individuo para modificar el suceso estresante en el ambiente, recurriendo a la modificación de los pensamientos en torno al mismo y disminuyendo así su efecto emocional. Por ejemplo, minimización del problema, distanciamiento, evitación, etc.

Dirigidas al problema. Derivadas de la percepción de una problemática susceptible al cambio, siguiendo el proceso de definición del problema y la posterior búsqueda de diversas soluciones, así como su evaluación en costo y ganancia.

Así mismo, explican que el proceso de valoración para la elección de una estrategia de afrontamiento está compuesto primero por la evaluación de la posibilidad de algo valioso en juego y el carácter de algo benigno o estresante; posteriormente, tiene lugar la valoración de las opciones de afrontamiento y elección de la más viable, donde los recursos evaluados por la persona van a estar compuestos por las creencias, apoyo social, la auto-eficacia, la motivación, posesiones materiales, etc. Finalmente, por la re-valoración de nueva información distinta a situaciones pasadas similares.

A pesar de que cada una de las estrategias elegidas por el individuo tienen como objetivo la disminución o eliminación del estímulo estresante, éstas pueden ser disfuncionales, puesto que como explican Beck, Emery y Greenberg (2014), la activación de cogniciones estables (valores, creencias y actitudes) puede propiciar una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes y de los propios recursos, percibiendo más graves las experiencias e infravalorando la eficacia individual de afrontarlo.

Evaluación. Meichenbaum (1987) propone la evaluación y diagnóstico del nivel de estrés y su afectación mediante el uso de entrevistas, ejercicios de memorización basada en imágenes, auto-registros, evaluaciones conductuales y test psicológicos.

González, Martín y Grau (2007) mencionan que uno de los instrumentos para la evaluación del estrés más utilizado es el desarrollado por Lázarus y Folkman en 1984. Éste evalúa los modos de afrontamiento ante una situación estresante mediante 67 ítems y ocho

subescalas que corresponden a la regulación emocional y solución del problema, así como a cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y afrontamiento cognitivo. Las ocho subescalas son: confrontación, distanciamiento, auto-control, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación, reevaluación positiva.

Los mismos autores explican que existen instrumentos que buscan determinar qué tan vulnerable es una persona ante el estrés basados en el estilo de comportamiento de la persona o la frecuencia de alteraciones en el comportamiento relacionadas con el estrés. Uno de los instrumentos con esta función es el Test de Vulnerabilidad al Estrés de Miller y Smith (1987), compuesto por 20 ítems que corresponden a cinco factores: estilo de vida, apoyo social, valores y creencias, exposición de sentimientos y bienestar físico.

Salgado-Madrid, Mo-Carrascally Monterrosa-Castro (2013) mencionan que otro de los instrumentos más utilizados es la Escala de Estrés percibido (PSS, por sus siglas en inglés) desarrollada en 1983 por Cohen, Kamarck y Mermelstein con el objetivo de identificar el grado en que los individuos perciben las situaciones de su vida como estresantes durante el último mes. Actualmente, existen tres versiones de la misma, la primera compuesta por 14 ítems, la segunda por 4 y la última por 10.

Si bien estos instrumentos son utilizados para la evaluación general de la presencia de estrés disfuncional en las personas, existen otros para identificar el mismo estado en situaciones muy específicas. Algunos ejemplos son los utilizados por Shaw, Deblois, Ikuta, Ginzburg, Fleisher y Koopman (2006) en su estudio acerca del estrés agudo en padres con recién nacidos en la UCIN:

Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). Compuesto por 30 ítems que identifican la frecuencia de síntomas del estrés agudo posterior al internamiento de un recién nacido en la UCIN, considerado precursor del estrés postraumático.

Parental Stressor Scale Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). Enfocada a la evaluación de la percepción de los padres acerca de la experiencia en la UCIN, mediante 46 ítems distribuidos en tres subescalas: imágenes y sonidos en la UCI, comportamiento y apariencia del recién nacido, alteración del rol de padres.

Existe una amplia variedad en relación a los posibles instrumentos a utilizar para la evaluación del estrés, con altos puntajes de confiabilidad y validez. No obstante, es indispensable que en la elección de alguna debe de considerarse la situación específica ante la que se evalúa, así como la adaptación de la misma hacia la población estudiada.

Tratamiento. Si bien el estrés es una respuesta natural en los individuos, en las ocasiones en que éste está repercutiendo en la salud, comportamiento y la relación con los demás, se hace necesario controlarlo con la finalidad de mejorar la calidad de vida y evitar la cronificación del mismo, la presencia de posibles padecimientos derivados de éste o el deterioro en las relaciones interpersonales.

Martínez (2015) menciona que el abordaje óptimo del estrés se compone tanto del componente físico como emocional, siendo necesario en algunas ocasiones hacer uso de fármacos, para dar un equilibrio biológico.

Farmacológico. La intervención farmacológica comúnmente se realiza mediante betabloqueadores, antidepresivos, ansiolíticos o hipnóticos, seleccionando una de estas opciones

en función de las características particulares de cada caso clínico, teniendo claro que la medicación no es permanente.

Psicoterapéutico Cognitivo-conductual. En relación al componente emocional de la respuesta de estrés se han desarrollado desde el enfoque cognitivo-conductual diversas técnicas no invasivas, en comparación con los fármacos, con el objetivo de intervenir en los pensamientos desarrollados entorno a la percepción de los estímulos estresantes y en la autopercepción de eficacia, así como en la modificación y aprendizaje de comportamientos funcionales para el afrontamiento.

Una de las propuestas más relevantes para el afrontamiento del estrés es la Inoculación del Estrés, la cual propone una intervención que atiende tanto el aspecto cognitivo como el conductual. Ésta se compone por tres principales fases descritas a continuación (Meichenbaum, 1987).

Fase I. Educación o conceptualización. Establecimiento de relación de trabajo en colaboración entre el paciente y terapeuta. Recolección de datos acerca de la naturaleza del estrés mediante: entrevista, auto-registros, evaluaciones conductuales y pruebas psicológicas. Entrega de resultados e información bibliográfica con el objetivo de que el paciente comprenda la problemática en su caso.

Fase II. Adquisición y entrenamiento de habilidades. Guía en el desarrollo y consolidación de habilidades de afrontamiento como técnicas de relajación, entrenamiento en solución de problemas, auto-instrucciones y reestructuración cognitiva.

Fase III. Aplicación de habilidades. Asesoramiento en la práctica de las habilidades aprendidas dentro y fuera de las sesiones terapéuticas mediante ensayos conductuales, modelamiento y representaciones en vivo.

Ansiedad.

Al igual que el estrés, la ansiedad ha sido una de las principales consecuencias observadas en padres que se vieron en la necesidad de internar a sus hijos recién nacidos. León, Poudereux, Giménez y Beláustegui (2005) indican que el 29% de las madres y el 20% de los padres presentan estados ansiosos ante la estancia de su hijo(a) en el área neonatal, relacionándose principalmente con el miedo a que el bebé muera, presente secuelas serias, que puedan hacerle daño y no poder cuidarlo adecuadamente.

Del mismo modo, en un análisis exploratorio acerca de las experiencias de padres y madres con hijos en la UCIN, dentro de la crisis emocional se observó que es la ansiedad y la falta de control las principales sensaciones, relacionadas de igual forma con la supervivencia del bebé y las secuelas. Sin embargo, en el caso de los hombres, ésta tenía una importante relación con la preocupación por mantener una actitud positiva ante su pareja, ante la idea de que la situación tenga mayor consecuencia en ella (Iriarte y Carrión, 2013).

Estudio y conceptualización. En el caso de la ansiedad, más que una respuesta automática del organismo es considerada como una emoción que se presenta como un medio de tipo adaptativo para evitar o contener al individuo ante las situaciones de peligro.

La palabra ansiedad deriva del latín *axietas* o *anxietas* que hace referencia a un estado de angustia o aflicción en el individuo.

El inicio del estudio de la ansiedad se ubica en los trabajos de Freud, fundador del enfoque psicodinámico en las primeras décadas del siglo XX, quien hizo referencia a la ansiedad como un estado afectivo desagradable compuesto por elementos subjetivos (pensamientos negativos, aprensión) y elementos fisiológicos (activación corporal), siendo para él los primeros

más relevantes que los segundos puesto que determinan el malestar en la ansiedad. Asimismo, estructuró tres tipos de ansiedad: real (activación dada ante un peligro inminente), neurótica (señal de peligro originada en la necesidad de satisfacer impulsos reprimidos y de que el *yo* pierda el control) y moral (presión ejercida por el *súper yo* ante la amenaza de que el *yo* pierda el control). Según esta teoría, la ansiedad sería el origen propio de la neurosis en los individuos, como fuente de represión (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

A partir de los años 30 se abordó la ansiedad desde el enfoque conductual, el cual basándose en los principios del condicionamiento clásico y operante la cataloga como un impulso motivacional que determina la capacidad del individuo para responder ante una situación determinada, así como la adquisición de respuestas mantenidas o reiteradas en relación con estímulos condicionados, incondicionados y las contingencias obtenidas. Así, la ansiedad se definió como una variable relacionada con el aprendizaje de diversas conductas tanto de afrontamiento como de evitación. Sin embargo, la explicación de la ansiedad basada en este enfoque no respondió cómo es que una misma situación genera un estado ansioso en algunos individuos y en otros no, ni cómo es que no se observa el fenómeno de extinción de la respuesta ansiosa ante la exposición repetida a situaciones peligrosas (Romero, 2009).

Durante la década de los sesenta comenzó a tomar mayor relevancia el estudio del procesamiento de las percepciones, denominado enfoque cognoscitivo. Éste, partiendo del estudio del estrés realizado por Lazarus (1966) en relación a la ansiedad, centró su estudio en el proceso de evaluación que realiza el individuo de una situación y cómo dicha evaluación determina su estado ansioso, permitiendo entender el por qué una misma experiencia amenazante puede generar diversos estados y niveles de ansiedad en los individuos y cómo es que sólo el recuerdo de la misma puede tener un efecto parecido.

Hasta este momento se asumía que la ansiedad era un estado emocional que surgía ante una situación amenazante para el individuo con la probabilidad de mantenerse o repetirse. No obstante, durante la misma época otro enfoque comenzó a proponer la ansiedad como una característica propia de la personalidad, como una predisposición interna a responder de forma ansiosa en el individuo con cierta independencia de su situación real. A las teorías desarrolladas a partir de este planteamiento se les denominó *rasgo-estado*, siendo dos las más relevantes (Navlet, 2012), descritas a continuación.

Ansiedad Estado-Rasgo de Cattell y Scheier (1961). Diferencia dos tipos de ansiedad: estado (conjunto de respuestas de nerviosismo, tensión, aprensión y activación corporal emergentes en un momento determinado) y rasgo (modo estable y característico de responder de forma ansiosa ante diversas situaciones).

Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (Spielberger, 1972). Partiendo de los dos tipos de ansiedad propuestos por Cattell, este autor explica que la ansiedad es un estado emocional con un componente relativamente estable (rasgo) y uno transitorio (estado). Explica que el primero va a ser la tendencia a percibir y responder ante ciertas situaciones consideradas como amenazantes y el segundo va a estar definido como el estado transitorio de respuesta ansiosa, que fluctúa todo el tiempo y se caracteriza por la activación de sistema nervioso o tensión. Plantea que ambos mantienen una relación continua y que frecuentemente uno va a caracterizar al otro, es decir, un alto nivel de ansiedad-rasgo determina mayor ansiedad-estado, aunque no en todas las ocasiones.

Como resultado de la importancia dada por estas últimas teorías a las cogniciones, así como a las características del aprendizaje, durante la década de los setenta se generó una postura de investigación enfocada a la integración de ambos aspectos con el objetivo de identificar la

estructuración de los pensamientos y creencias y su influencia en el comportamiento y la relación interpersonal. Así, bajo estos supuestos, en 1971 surge la Teoría Tridimensional de la Respuesta de Ansiedad de Lang (1977), ante la cual la ansiedad es la manifestación de respuestas que abarcan aspectos cognitivos displacenteros, fisiológicos (SNA y SNS) y comportamentales escasamente adaptativos. Esta definición permitió examinar de manera más específica los elementos característicos de la ansiedad y la manera en que se correlacionan, permitiendo introducir el concepto de *disincronía*, que hace referencia al hecho de que no necesariamente los elementos cognitivos, fisiológicos y del comportamiento se van a activar en la misma proporción ante un estado ansioso.

Beck (1985), psicoterapeuta que en conjunto con Albert Ellis se considera el fundador del modelo teórico cognitivo conductual, explica que la ansiedad está compuesta por la percepción de peligro y la subsecuente valoración de las propias capacidades para enfrentarlo; sin embargo, comúnmente estos elementos se ven sesgados en dirección a la sobrestimación de las situaciones amenazantes, así como la infravaloración de la capacidad de afrontamiento, teniendo como consecuencia la afectación de síntomas afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que caracterizan a diversas patologías.

Por su parte, Lazarus y Folkman (1991) la definen como una respuesta emocional desagradable, compuesta por sentimientos de aprehensión y preocupación, así como cambios fisiológicos derivados de la percepción de una amenaza.

Ellis (2000) la define como un conjunto de sensaciones molestas y tendencias de acción que permiten percibir que ocurre o puede ocurrir una situación de peligro. No obstante, los

pensamientos dados bajo este estado son usualmente exagerados generando soluciones ineficientes.

Algunos años después, Moss (2003) describe a la ansiedad como el reflejo de la experiencia emocional de aprehensión y miedo, que contiene elementos de reacción y enfrentamiento, así como fisiológicos.

Finalmente, la última publicación del DSM-V plantea la ansiedad como una anticipación a una futura amenaza, caracterizada por la tensión muscular, vigilancia y comportamientos de evitación. Ésta va a ser parte de las características de los denominados *Trastornos de ansiedad*, que también incluyen respuestas de miedo, así como una asociación cognitiva (APA, 2013).

Manifestaciones de la ansiedad. Beck, Emery, y Greenberg (2014) mencionan que los síntomas asociados a la ansiedad corresponden a sistemas que conforman uno sólo, es decir, que existe una activación total del organismo. Son cuatro los sistemas que engloban los diversos síntomas ansiosos: fisiológico, afectivo, conductual y cognitivo.

Fisiológica. La activación fisiológica, al igual que en la respuesta de estrés, tiene como principal fin la auto-protección del organismo. Romero (2009) menciona que los síntomas fisiológicos pertenecen a seis principales sistemas corporales:

Cardiovascular. Taquicardias, palpitaciones, desmayo, mareo, disminución de la presión sanguínea.

Respiratorias. Disnea (dificultad para respirar), presión en el pecho, respiración rápida, sensación de ahogo, espasmo bronquial.

Genitourinarias. Micción frecuente, presión al orinar, afección en el desempeño sexual.

Neuromusculares. Tensión muscular, temblor, parestesia (sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío) y cefalea (dolor intenso de cabeza), tics nerviosos o debilidad generalizada.

Gastrointestinales. Dolor abdominal, náuseas o ardor estomacal.

Para que este tipo de respuestas tenga lugar es necesaria la activación neurobiológica de la persona. Reyes-Ticas (2005) explica que las siete principales estructuras neuroanatómicas implicadas en la respuesta ansiosa son la amígdala, el locus coeruleus, el tálamo, el hipotálamo, la sustancia gris periacueductal, el hipocampo y la corteza orbitofrontal, en conjunto se encargan de coordinar y regular las reacciones de alarma como presión sanguínea, cambios térmicos, activación muscular, así como guardar en la memoria la situación, la respuesta dada y la emoción experimentada.

También indica que las principales sustancias neurológicas que se ven implicadas en la respuesta ansiosa son la noradrenalina (aumento en su liberación), serotonina (desbalance o alteración en sus receptores), dopamina (disminución), corticotropina (aumento), colecistoquina (hipersensibilidad).

Cognitivo y afectivo. En este caso la respuesta ansiosa se va a evidenciar al alterarse tres aspectos cognitivos. Uno de ellos es el senso-perceptual, en el que hay confusión, percepción borrosa, timidez, hiper-vigilancia y sensación de irrealidad. Otro es la dificultad del pensamiento, ya que hay olvido de cosas importantes, descontrol del pensamiento, dificultad de concentración, bloqueo, pérdida de razonamiento lógico, objetividad y perspectiva. Finalmente, el conceptual, al presentarse distorsión cognitiva, miedo a la pérdida de control, percepción de ineficiencia, miedo

a la muerte o trastorno mental, ideación temerosa repetitiva, etc. (Beck, Emery y Greenberg, 2014).

En cuanto al estado afectivo, es el componente más representativo de la ansiedad, siendo el que permite describir de manera inmeditada este estado. Algunos de los calificativos que describen el estado afectivo ansioso son: irritabilidad, nerviosismo, inquietud, temor, agitación o excitación.

Conductual. Finalmente, los síntomas conductuales puede que reflejen hiperactividad o inhibición de ciertos comportamientos. Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón (2008) indican que las conductas características de una persona ansiosa son la torpeza, inquietud motora, evitación, inmovilidad muscular, huida, dificultad de reposo, posturas cerradas, expresión facial de asombro o duda.

Trastornos de Ansiedad. De acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) los trastornos de ansiedad se pueden clasificar en diez grupos: ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad debido a otra condición médica, otro tipo de ansiedad específica y trastorno de ansiedad no específico.

Evaluación. Cada uno de los trastornos de ansiedad tiene actualmente una serie de síntomas que permiten realizar un diagnóstico lo más acertado posible con la ayuda de diversos medios de evaluación que se han ido desarrollando en el estudio de la ansiedad. Navlet (2012) explica que bajo el enfoque tridimensional de respuesta es necesario hacer una evaluación que registre tanto los aspectos fisiológicos, motores y cognitivos. Menciona que los medios más utilizados para evaluar las respuestas corporales en el estado ansioso son las respuestas

electrotérmicas y la frecuencia cardíaca, y en relación a la respuesta motora, la observación directa o indirecta es la mejor opción.

Otro medio de evaluación son los cuestionarios, inventarios o escalas que permiten medir el nivel de la sintomatología desde la percepción de la persona que presenta ansiedad, así como las situaciones que la detonan. Bobes, Bousaño, Gonzáles y Saiz (2001) enlistan los instrumentos que permiten hacer un primer diagnóstico de la ansiedad y algunos que permiten hacer el diagnóstico de manera más específica de un trastorno ansioso:

Escala de Hamilton para Ansiedad (1959). Evalúa la intensidad mediante 14 ítems. Elaborada en escala tipo Likert (0-4) que valora las respuestas tanto fisiológicas, cognitivas como comportamentales.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmund y Snaith (1983). Conformada por 14 ítems en escala tipo Likert (0-4), detecta estados de ansiedad o depresión en un marco de referencia de una semana.

Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (1995). Evalúa la gravedad del trastorno de pánico con base en 13 ítems clasificados en cinco escalas: ataques de pánico, agorafobia, ansiedad anticipatoria, discapacidad, preocupación por la salud.

Por último, Sanz (2014) señala que existen dos instrumentos que son mayormente utilizados en la práctica clínica y como medios de investigación:

Inventario de Ansiedad de Beck, (1988). Instrumento auto-aplicable, compuesto de 21 ítems de tipo Likert, donde la persona indica la intensidad de una serie de síntomas haciendo referencia a la semana anterior a la aplicación.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, STAI (1983). Conformado por 40 ítems afirmativos y negativos, 20 miden la ansiedad estado y 20 la ansiedad rasgo.

Tratamiento. Al igual que con el estrés la disminución de los síntomas de ansiedad puede lograrse mediante el uso de fármacos y/o tratamiento psicoterapéutico.

Farmacológico. El tratamiento con fármacos tiene como principal objetivo disminuir los síntomas neurofisiológicos, así como algunos motores. Cassem (2002) indica que los fármacos más utilizados son los antidepresivos (imipramina, paroxetina, trazodona, sertralina, escitalopram y opipramol) encargados de la inhibición de la recaptación de serotonina relacionada con el equilibrio del estado de ánimo y en el caso de TAG, las benzodiazepinas. Siendo estas últimas agentes depresores del sistema nervioso, promoviendo la relajación física y mental.

Psicoterapéutico Cognitivo-conductual. Al igual que en el estrés, el enfoque cognitivo-conductual propone una serie de técnicas que permiten de manera activa identificar y modificar los pensamientos que al estar distorsionados generan la sintomatología ansiosa, así como las situaciones generadoras de ansiedad. Entre las técnicas utilizadas por este enfoque están (Bulbea, Casquero, De Santiago, Del Cura, Díaz, Fontecha, Laborda, García, Pereira, Pozo, Tello y Torralba, 2008):

Conductuales. Relajación progresiva y control de respiración, desensibilización sistemática o exposición en vivo, auto-control, auto-reforzamiento, auto-castigo, control de estímulos, entrenamiento en habilidades sociales.

Cognitivas. Auto-instrucciones, entrenamiento en manejo de ansiedad, distracción cognitiva, detención de pensamiento, resolución de problemas, reestructuración cognitiva.

Trastorno de Estrés postraumático (TEPT).

El trastorno por estrés postraumático se entiende como una respuesta tardía a un suceso estresante de carácter extremo, convirtiendo la angustia de una señal de peligro a un peligro en sí misma. Esta respuesta puede presentarse una semana después del suceso hasta máximo seis meses después y se caracteriza por el aumento de vigilia, la evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento estresante y la reducción en la respuesta a estímulos cotidianos. En ocasiones este trastorno parece presentarse de manera incompleta, es decir, que no se presentan todos los elementos del cuadro clínico, aunque esto no significa que sus repercusiones sean menores (Ventura, Bravo y Hernández, 2005).

Los criterios generales establecidos en el DSM-V (APA, 2013) se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Criterios diagnóstico para el TEPT (APA, 2013).

-
- A. La exposición a la muerte real o amenaza, lesiones graves o la violencia sexual.
- B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas asociados con el acontecimiento traumático, comenzando después de ocurrido el evento traumático:
1. Intrusión de recuerdos recurrente e involuntaria del evento traumático.
 2. Sueños recurrentes en los que su contenido y/o efecto está relacionado con el evento traumático.
 3. Reacciones disociativas en las que el individuo se siente y actúa como si estuviese ocurriendo el evento traumático.
 4. Angustia psicológica intensa o prolongada al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
-

Tabla 1.(*continuación*)

Criterios diagnóstico para el TEPT (APA, 2013).

-
- C. Reacciones fisiológicas a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. Evitación persistente de estímulos asociados con el evento traumático, comenzada después del evento traumático.
 - D. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo asociados con el evento, a partir de él o que empeoran después de ocurrido el evento traumático.
 - E. Alteraciones en la excitación y la reactividad asociada con el evento traumático, comenzando o empeorando después de ocurrido el evento traumático.
 - F. Duración de la perturbación (Criterios B, C, D, y E) es más de 1 mes.
 - G. Malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral u otras importantes para funcionamiento.
 - H. Alteraciones no provocadas por los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica.
-

Las especificaciones de cada uno de los puntos referidos en la tabla pueden ser revisados en el DSM-V (APA, 2013).

Chacón, (2006), indica de manera más amplia que las situaciones que pueden generar este estado son accidentes, desastres naturales, experiencias de combate, inesperadas muertes familiares, asaltos, violaciones, abusos físicos, torturas o secuestros, experimentadas personalmente o en un ser cercano.

Olza (2010) sostiene que a partir de la definición dada por el DSM-IV el parto puede convertirse en un suceso lo suficientemente traumático para poder desencadenar TEPT, en casos en que se haya presentado amenaza de muerte o graves secuelas físicas para la madre o el bebé,

dónde la madre haya vivido un miedo extremo o indefensión, como consecuencia del alto intervencionismo obstétrico y/o la percepción de cuidados inadecuados, la prematurez o gravedad del recién nacido. También plantea que la prevalencia de este trastorno afecta entre el 1.5% y 6% de las madres, pudiendo identificarse éste de manera incompleta hasta en un 30%.

Holditch-Davis, Bartlett, Blickman y Shandor (2003) al realizar una evaluación a 30 madres con parto pre-término mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de tres instrumentos (NICU, Center for Epidemiological Studies Depression Scale y Worry Index) para identificar la presencia de síntomas de estrés y depresión, observaron que a seis meses del nacimiento todas las participantes reportaban por lo menos uno de los síntomas, 12 dos síntomas y 16 tres, tales como re-experimentación de la experiencia, evitación del tema, así como aumento del arousal.

Tras una revisión bibliográfica Sánchez y Palacios (2007) establecieron una estructura de los factores de riesgo (Ver Tabla 2) y consecuencias (Ver Tabla 3) del trastorno en relación al momento en que se realiza el diagnóstico.

Tabla 2.

Factores de riesgo del TEPT durante el embarazo, parto y posparto (Sánchez y Palacios, 2007).

Previo al diagnóstico	En el embarazo	En el trabajo de Parto	En el posparto
Historial de problemas psiquiátricos, depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada.	Estrés pre-traumático y/o intenso miedo al parto.	Complicaciones obstétricas: preeclampsia, malformaciones fetales, recién nacido de bajo peso o extracción manual de placenta.	Estrés adicional.
Abuso o dependencia de nicotina y/o drogas ilegales.	Presencia de miedo como consecuencias de ser primerizas o haber tenido anteriormente experiencias negativas de un parto.	Cesárea urgente, instrumentación con o sin analgesia efectiva, percibidas por la madre como fracaso del trabajo de parto.	Apoyo escaso.
Maltrato en la infancia, violencia doméstica, abuso físico o sexual reciente.	Depresión durante el parto.	Separación del bebé a causa de internamiento.	Culpa.
Experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas.	Consultas psicológicas o psiquiátricas relacionadas con el parto.	Vivencia del dolor del parto.	Sensación de pérdida de control del proceso.
		Presencia de dolor pertinaz tras el parto.	Sentimiento de pérdida del parto idealizado.
		Realización de episiotomía.	Desconfianza en la capacidad de afrontamiento.

Tabla 3.

Consecuencias del TEPT durante el embarazo, parto y posparto (Sánchez y Palacios, 2007).

Durante el embarazo	Durante el parto	En el posparto
Deseos de no embarazarse en el futuro.	Mayor tendencia a no contar con pareja y	Dificultad en el acercamiento con el
Suelen ser más propensas a desarrollar	desarrollar síntomas de disociación.	recién nacido.
un episodio depresivo, ansiedad	Sentirse espectadoras en el trabajo de	Dificultad en la lactancia.
generalizada, trastorno de pánico, auto-	parto y expulsivo.	Percepción de pérdida de apoyo social.
lesiones o suicidio.	Incremento o disminución de dolor.	Aislamiento.
Posible aparición de otras patologías	Ansiedad constante.	
obstétricas y perinatales: embarazos	Probabilidad de disfunciones en el parto.	
ectópicos, abortos, hiperémesis,		
amenazas de parto prematuro,		
crecimiento fetal excesivo.		

Diagnóstico. Para determinar que una persona presenta los síntomas establecidos para el diagnóstico del TEPT, además del uso de la entrevista, se han elaborado diversas escalas y cuestionarios.

Azoulay, Pochard, Kentish-Marnes, Chevret, Aboab, Adrie, Annane, Bleicher, Bollaert, Darmon, Fassier, Garroustre-Orgeas, Goulenock, Goldgran-Toledano, Hayon, Jourdain, Kaidomar, Laplace, Galliot, Larché, Liotier, Papazian, Poisson, Reignier, Saidi y Schlemmer (2005), mencionan que la escala The Impact of Event Scale (Weiss y Marmar, 1997) compuesta por 22 ítems clasificados en tres escalas: intrusión, evitación e hiperactivación, es uno de los instrumentos más utilizados por su validez y confiabilidad para la evaluación de riesgo potencial de TEPT en parientes con una persona internada en la UCIN. Aftyka, Rybojad, Rozalska-Walaszek, Rzońcay Humeniuk (2014) confirmaron que era eficaz de manera específica con padres y madres con un recién nacido en la UCIN, los cuales cumplían el criterio para desarrollar TEPT en un 33% y 51% respectivamente.

Asimismo, The Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire Measure (PTSD-Q), cuestionario auto-aplicable estructurado con 17 ítems, también ha sido útil para la evaluación de esta población en relación a la presencia o ausencia de TEPT (Balluffi, Kassam-Adams, Tucker, Domínguez y Helfaer, 2004).

Finalmente, Sánchez y Palacios (2007) sugieren que también pueden ser utilizadas escalas como:

Clinician Administared PTSD Scale, CAPS.

Davidson Trauma Scale, DTS.

Traumatic Event Scale , TES.

Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD.

Tratamiento. Palacios y Heinze (2002) sostienen que el manejo del TEPT está compuesto por tres elementos fundamentales:

Psico-educación y medidas de apoyo inicial. Se explica el padecimiento, sus repercusiones y se invita a la persona a expresar su sentir a sus familiares y amigos.

Tratamiento psicológico. Tratamiento basado en Terapia Cognitivo Conductual (TCC) enfocado al manejo de ansiedad, relajación progresiva, reestructuración cognitiva, inteligencia emocional.

Tratamiento farmacológico. Se utilizan principalmente inhibidores de recaptura de serotonina (ISRS), así como antidepresivos tricíclicos, anticonvulsionantes o inhibidores de monoaminoxidasa (IMAOS).

Depresión.

El último de los aspectos psicológicos que se presenta de manera muy frecuente en los padres que internan a sus hijos en la UCIN es la depresión. Ésta puede presentarse antes, durante y después del parto, aunque la investigación se ha enfocado en la presencia de depresión posparto en madres.

No obstante, se ha comprobado que en ambos padres se puede identificar este padecimiento. Jiménez, Loscetales, Martínez, Merced, Lanzarote, Macias, y Nieto (2003) identificaron que la presencia de depresión en padres se observa en niveles bajos, aunque éstos tienden a elevarse como consecuencia de una patología mayor o cuando el bebé puntúa bajo en el test de Apgar, mientras que en las madres la presencia de depresión es en mayor proporción y con niveles que las colocan en depresión leve relacionada con la

presencia de sepsis, alimentación enteral o el estado crítico del bebé después de las 24 horas de su nacimiento.

En una revisión realizada por Iriarte y Carrión (2013) se identificó una serie de variables que pueden derivar en el desarrollo de un estado depresivo tanto en la madre como en el padre. Estas variables son primeramente la crisis emocional de los padres al no estar preparados para recibir un bebé prematuro, que se lamentan por no vivir el último periodo del embarazo y que sienten miedo a los posibles resultados de la situación.

Asimismo, se enfrentan con la percepción de tener un niño frágil que no pueden atender, la idea de una alta probabilidad de defunción, la sensación de ser excluidos de las decisiones y procedimientos médicos, sin olvidar que se encuentran actuando las creencias personales, familiares y culturales en relación a su papel o rol de padres.

Así, es posible comprender el posible desarrollo de conductas y pensamientos que coloquen a los padres en una situación en la que se perciben a sí mismos como incapaces de hacer frente a la situación y lo que pueda derivar de ella.

Estudio y conceptualización. La palabra depresión deriva de los vocablos *de* y *permere* (oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo), términos utilizados para hacer referencia a estados de depresión del alma.

Existen dos formas bajo las cuales se ha abordado la depresión a través de la historia explicadas de manera independiente en sus inicios pero que poco han sido consideradas como sus dos formas básicas: endógena y exógena. La primera se entiende como un estado derivado de una alteración biológica, mientras que la segunda atribuye su presencia a una causa externa bien definida o identificada (Guadarrama, Escobar y Zhang, 2006).

La primera referencia acerca de este estado fue hecha por Hipócrates desde un enfoque biológico, quien comenzó hablando de melancolía producida por un exceso en la producción de *bilis negra* que provocaba síntomas como tristeza, temor, falta de apetito, alteraciones del sueño, alucinaciones y delirios. Durante el segundo siglo de la era cristiana Rufo de Efeso y Galeno realizaron una re-definición partiendo del mismo sustento determinando distintos tipos de depresión en relación a la ubicación de la sobreproducción de la *bilis negra*, pudiéndose ubicar en el cerebro, la sangre o la región hipocondriaca (Aliverti, 2004).

Durante la edad media se introdujo el concepto de *acedia*, que era entendida como síndrome de tristeza, dejadez, inhibición, apatía, angustia y pereza. Ésta fue descrita principalmente por monjes que la consideraban como uno de los pecados capitales y por lo tanto una tentación diabólica, ante la cual era necesaria la confesión constante, la oración, así como el ayuno (Aguirre, 2008).

Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX con el desarrollo de la psiquiatría como ciencia se empezó a hablar propiamente de depresión como un trastorno orgánico del cerebro, que podría tener relación con los estados de anemia, hiperemia o edema. Durante la década de los 50's se inició el estudio de ésta como un trastorno de tipo circular el cual estaba compuesto por un estado maníaco, uno depresivo y uno lúcido que se presentaban de manera sucesiva (Luque y Berrios, 2011).

No sólo la psiquiatría y la filosofía se encargaron del estudio de la depresión, dentro de la rama psicológica dicho trastorno fue estudiado primeramente por Freud y sus seguidores durante la primera mitad del siglo XX, quienes explicaron su origen en la

pérdida real o imaginaria de algún objeto o persona en los primeros años de vida, que provoca en el individuo la percepción de un mundo empobrecido y desierto.

Posteriormente, en la década de los 70's Aaron Beck propone la *tríada cognitiva* que otorga suma importancia a los pensamientos, el ambiente y las relaciones interpersonales, así como sus repercusiones en el desarrollo de la depresión, y de esta forma plantea su tratamiento desde esta premisa.

De manera contemporánea comenzó a desarrollarse otro enfoque que ha buscado abordar el estudio y tratamiento de la depresión denominado *activación conductual*. Barraca (2009) explica que durante los años 70 este abordaje tuvo origen en los estudios realizados por Ferster y Lewinsohn, quienes partiendo de los principios del reforzamiento y su efecto en la variabilidad de la respuesta explicaron que son los comportamientos desadaptativos los generadores del estado depresivo y la ausencia del refuerzo del ambiente el que lo mantiene, por lo que una de las claves en su tratamiento era el aumento en el repertorio de respuestas y de las interacciones sociales o bloqueo de la evitación social.

A pesar de la diversificación de modelos terapéuticos de la depresión, su definición no sufrió cambios drásticos a través de los años, la OMS hoy en día hace referencia a ella como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de placer o interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, durante por lo menos dos semanas o más, que interviene en actividades laborales, escolares o domésticas.

Causas. Al igual que el estrés o la ansiedad, no existe una única causa o razón que desencadene depresión en una persona. A lo largo del estudio de la misma ha sido posible

identificar la importancia de la predisposición como un factor relevante. No obstante, existen demás variables que tienen una importante relación con el desarrollo de un período, ya sea largo o corto, de depresión. Estos otros factores pueden ser de tipo psicológicos y ambientales o socioculturales.

Factor genético. Uno de los primeros hallazgos derivados del estudio de la depresión es el hecho de que existe la posibilidad de estar predispuesto a padecerla si algún padre o hermano gemelo la padeció o padece. Mitjans y Arias (2012) explican que mediante estudios familiares se ha logrado determinar que hay un incremento de alrededor del 15% en la susceptibilidad de desarrollar depresión cuando el padre, la madre o un hermano gemelo lo ha desarrollado.

Factor sociocultural. Éste es un factor de vital importancia puesto que en él se puede encontrar la experiencia específica depresora, diversos tipos de reforzamiento social, elementos modificadores, así como prácticas sociales (discriminación, individualismo, etc.) que pueden determinar la disposición al desarrollo de depresión.

Un ejemplo claro es la diferencia en cuanto a algunas de las causas que deprimen a los hombres y a las mujeres, derivadas de las prácticas culturales que los distinguen. Montesó-Curto, Ferré-Grau, Leixà-Fortuño, Albacar y Espuny-Vidal (2011) y San y Arranz (2010) explican que estas diferencias radican principalmente en que las mujeres tienden a desarrollar depresión como consecuencia de la enseñanza de que el cuidado del otro es más importante que el propio, así como la desvalorización de su trabajo frente al del varón y la idea de impotencia ante las exigencias de la vida, mientras que los varones se deprimen

principalmente por el consumo de alcohol o drogas, el trabajo físico en exceso, etc. y presentan un índice mucho mayor de suicidio.

Factor biológico. Desde el punto de vista biológico se ha logrado identificar una importante relación entre la deficiencia de monoaminas (noradrenalina y serotonina) y la anormalidad en los sistemas neuro-conductuales: facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuestas al estrés, ritmos biológicos y el procesamiento de la información. Dicha deficiencia se centra principalmente en los circuitos hipotalámicos y límbicos, así como en las proyecciones corticales (Brenes y Rodríguez, 2005). Sin embargo, también se ha encontrado una relación proporcional con algunas otras enfermedades cardiovasculares, neurológicas, endócrinas, cuadros hemáticos, infecciones, intoxicaciones y carcinomas (González, Gil, Carrasco y García, 2001).

Factor psicológico. Algunas de las características individuales que se pueden relacionar con la mayor predisposición son el aislamiento, un auto-concepto negativo, dependencia hacia otro, tendencia de pensamientos catastróficos o desvalorizantes y bajas expectativas hacia el presente y el futuro. Comúnmente este tipo de características en las personas se deriva de uno o varios sucesos estresantes que no fueron afrontados con éxito tales como el duelo, divorcio, diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, etc. (Balon y Carmona, 2014).

Manifestaciones de la depresión. Si bien las causas que determinan la presencia de depresión son variadas y se relacionan de manera distinta en cada persona, actualmente se han logrado establecer características específicas que permiten realizar su diagnóstico cada vez con un menor rango de error. Las manifestaciones clínicas observadas en la depresión

abarcan un amplio cuadro tanto psicológico, fisiológico y conductual, que en cada caso puede presentarse de una manera compuesta distinta. Álvarez, Caballero, Camarena, Colin, Becerra, Corona y Chávez-León, 2008 y García-Herrera y Noguerras (2013) las describen de la siguiente manera.

Psicológicas. Tristeza, ira, ansiedad, indiferencia, apatía, desesperanza, anhedonia (incapacidad de experimentar placer), auto-crítica constante, carencia de concentración, pensamientos de culpa, dificultad para decidir, pensamientos de muerte, hipersensibilidad al rechazo social y auto-concepto desvalorizante.

Físicas. Sensación de cansancio y falta de energía, carencia o exceso de sueño, estreñimiento, pérdida o aumento de peso, alteración del ciclo menstrual, disminución de libido, disfunción eréctil, dolor de cabeza, gastritis, colitis, dolor generalizado de músculos y articulaciones.

Conductuales. Episodios de abundante llanto, aislamiento, disminución de la productividad, desarrollo de conductas repetitivas, descuido del cuidado e higiene personal, uso y abuso de sustancias psicotrópicas, autolesión, violencia, intentos suicidas.

Trastornos Depresivos. De acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) los trastornos depresivos se pueden clasificar en ocho tipos: desregulación perturbadora del estado de ánimo, depresión mayor, depresivo persistente (distimia), disfórico premenstrual, depresivo inducido por sustancias o medicamentos, depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y depresivo no especificado.

Diagnóstico. La principal referencia para identificar los síntomas propios de un estado depresivo mayor son los elementos indicados en el DSM-V, los cuales se encuentran resumidos en la Tabla 4.

Tabla 4.

Criterios diagnósticos para el estado de depresión mayor (APA, 2013).

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo

o las últimas dos semanas: al menos uno de los síntomas debe de ser depresivo o la pérdida de interés o placer.

1. Estado depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, reportado por la propia persona u otras.
2. Intereses o placer notablemente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa.
8. Disminución en la concentración o la habilidad de pensamiento, o indecisión todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin plan específico o tentativa de suicidio.

Tabla 4.(*continuación*)

Criterios diagnósticos para el estado de depresión mayor (APA, 2013).

-
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica.
 - D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o de otro espectro de la esquizofrenia especificada y no especificada y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco.
-

Las especificaciones de cada uno de los puntos referidos en la tabla pueden ser revisados en el DSM-V (APA, 2013).

Se considera un estado depresivo leve cuando pocos o ningún síntoma se encuentra presente, siendo éstos manejables sin ninguna repercusión en la funcionalidad del individuo. El estado moderado se identifica cuando los síntomas y su repercusión se ubican entre el estado leve y severo. Este último se determina cuando el número de síntomas y su intensidad tiene un impacto en la funcionalidad de la persona de una manera preocupante.

Evaluación. Para la confirmación del diagnóstico de depresión es necesario realizar una evaluación clínica muy puntual compuesta por instrumentos de evaluación que registren la sintomatología presente, la severidad de los mismos, así como una entrevista clínica semiestructurada que permita inspeccionar la historia del paciente y determinar las variables específicas relacionadas con el estado depresivo.

De las Heras, Atienza y Triñanes (2014) mencionan que actualmente las escalas más utilizadas en el diagnóstico de depresión son:

Inventario de Depresión de Beck, BDI. Autoinforme tipo likert que proporciona en una medida la presencia y gravedad de un estado depresivo en población mayor de 13 años. Compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas de tristeza, llanto, pérdida de placer, etc. Los resultados permiten identificar mínima depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. Éste fue validado en población mexicana por Jurado, Villegas, Médez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998).

Escala de Hamilton para la depresión. Mediante 17 ítems evalúa cuantitativamente la gravedad de síntomas, así como los cambios en el paciente. Permite identificar estado no deprimido, depresión ligera/menor, depresión moderada, depresión severa, depresión muy severa.

Escala de Montgomery-Asberg, MADRS. Diseñada para la evaluación del cambio en la intensidad sintomatológica depresiva como resultado de la intervención terapéutica. Compuesta por 10 ítems, cada uno contempla siete niveles de intensidad / gravedad, la puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60.

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9). Compuesta por nueve ítems que evalúan la severidad de los síntomas depresivos presentes en las últimas dos semanas. Los resultados indican la posible presencia de síndrome depresivo mayor (SDM), otro síndrome depresivo (OSD), síntomas depresivos positivos (SD) y depresivos negativos (SD-).

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung, SDS. Conformado por 20 ítems (10 elaborados en forma positiva y 10 en forma negativa) que indican las características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psico-motoras. Los resultados se clasifican mediante rangos: rango normal, ligeramente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido.

Tratamiento. Como consecuencia del amplio estudio realizado en relación a las características neurológicas y del comportamiento del estado depresivo tanto el tratamiento farmacológico y psicológico cuentan con varios medios de intervención.

Farmacológico. Actualmente, como consecuencia del amplio estudio de la química del cerebro y su estructura, existen múltiples fármacos con distinta estructura química y mecanismo de acción, aunque en su mayoría están dirigidos a la estabilización de los niveles de serotonina y la noradrenalina. Es indispensable saber que si bien cada uno de estos medicamentos tiene como objetivo la disminución de los síntomas de depresión, su prescripción va a depender del tipo de depresión, su duración y el efecto provocado individualmente, así como de los resultados del tratamiento y adherencia del paciente. En la Tabla 5 se encuentra la clasificación realizada por De las Heras, Atienza y Triñanes (2014) de los distintos antidepresivos.

Tabla 5.

Antidepresivos y sus efectos (De las Heras, Atienza y Triñanes, 2014).

Tipo de antidepresivo	Efectos secundarios
IMAO - Inhibidores de la monoamino-oxidasa.	Insomnio, nerviosismo, hipertensión, náuseas y agitación.
ADT - Antidepresivos tricíclicos	Desmayos, arritmias, desaconsejados en lactancia y embarazo.
ISRS - Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Sangrados, hemorragias digestivas, náuseas y malestar gastrointestinal.
IRDN - Inhibidores de recaptación de dopamina y noradrenalina.	Sedación, empeoramiento de insomnio y disfunción sexual.
IRSN - Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.	Aumento de presión arterial y frecuencia cardiaca, taquicardia y riesgo de hemorragias.
ASIR - Antagonistas de los receptores serotoninérgicos	Sedación y disfunción sexual.
IRNA - Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina	Taquicardia, retención urinaria, vértigo, insomnio, sudoración, constipación y boca seca.
NASSA - Antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina	Aumento de apetito y disfunción sexual

Pecoterapéutico Cognitivo-Conductual. Partiendo del sustento teórico planteado por Beck, Rush, Shaw y Emery (2010) de que la depresión surge en una *tríada cognitiva*, es decir, visión negativa de uno mismo, visión negativa de sus experiencias con el mundo (donde existen obstáculos insuperables) y visión negativa del futuro, así como de otros planteamientos bajo la misma dirección acerca de la influencia de las consecuencias del auto-castigo y auto-reforzamiento, y los estudios realizados en relación al *desamparo aprendido* como consecuencia de la falta de control sobre eventos traumáticos y sus efectos como la pasividad, retardo de aprendizaje, falta de apetito, etc., la terapia cognitivo-conductual propone un tratamiento de la depresión mediante la utilización de técnicas como las mencionadas a continuación.

Conductuales. Programación de actividades, técnicas de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, práctica cognitiva.

Cognitivas. Reestructuración cognitiva, conceptualización alternativa, detención del pensamiento, retribución, auto-instrucciones.

Depresión Postparto.

Anteriormente, cuando se hablaba de la depresión relacionada con el embarazo se hacía referencia a la depresión postparto. Sin embargo, en la actualización del DSM-V y como resultado de diversas investigaciones se identificó que la depresión puede originarse antes de específicamente el parto y prolongarse o agravarse después de éste, razón por la cual se ha determinado hablar propiamente de depresión peri-parto. Ésta se caracteriza por los mismos elementos que otro episodio de depresión (leve, moderado o grave) y puede

tener una relación con el descuido del embarazo, una probable alteración del desarrollo fetal, así como el parto pre-término (Jadresic, 2014); factores que a su vez pueden considerarse relacionados con el agravamiento de la depresión después del nacimiento del bebé.

Se considera que la depresión postparto se presenta durante los primeros días después del nacimiento del bebé, con una mayor probabilidad de manifestarse durante el primer mes, aunque algunos autores, como Fernández, Iturriza , Toro y Valbuena (2014), mencionan la probabilidad de que se dé algunos meses después dentro del primer año de vida del infante.

La prevalencia de la depresión postparto en América Latina se encuentra aproximadamente en el 20% en los tres días después del nacimiento, variando entre el 3% y 30% durante el primer año (Dois, 2012).

Mojica (2013) indica que una de las principales causas que determinan la depresión postparto es la reducción en la producción de hormonas que se presenta después del parto, el cambio en la presión arterial, sistema inmunológico y metabolismo. De igual manera, sostiene que tiene una fuerte relación el antecedente de un periodo depresivo, enfermedades o muerte del recién nacido, haber tenido un embarazo no deseado, antecedente de adicción, ser madre adolescente, así como un estado socioeconómico bajo.

Robertson, Grace, Wallington y Stewart (2004), tras una revisión 1400 casos en estudios realizados de 1990 a 2002 acerca de los factores relacionados con el desarrollo de este tipo de depresión, identificaron que la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la madre o su familia, experiencias

anteriores relacionadas con depresión (muerte, divorcio, relaciones rotas, etc.), percepción de falta de apoyo, problemas maritales, complicaciones obstétricas (parto prematuro, preeclampsia, etc.), así como un estado socioeconómico bajo.

De manera más específica, Almanza-Muñoz, Salas-Cruz y Olivares-Morales (2011), en una población de 500 mujeres mexicanas comprobaron que uno de los principales factores relacionados es que el embarazo no haya sido deseado, ser madres primerizas, tener algún antecedente de aborto, no tener pareja, el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, así como el encontrarse en una etapa adolescente o adulto joven.

Al igual que en cualquier tipo de depresión, existen tres niveles de gravedad de la presentada después del parto (Jadresic, 2014 y Martínez, 2006):

Disforia postparto o Baby blues. Se presenta entre el 40% y 80% de las madres en los primeros días y dura sólo algunas horas. Es un periodo de ansiedad y labilidad emocional.

Depresión de moderada a grave. Se caracteriza por una duración prolongada y una preocupación constante por el cuidado del bebé hasta no querer separarse de él, se presenta en cerca del 20% de madres.

Psicosis postparto. Estado considerado como grave y que representa la necesidad de una atención psiquiátrica. Se presenta inicialmente mediante síntomas de irritabilidad, inquietud y alteraciones del sueño, evolucionando rápidamente a síntomas de estados de ánimo deprimido o exaltado, desajuste emocional, delirios, alucinaciones e intentos de infanticidio. Se desarrolla durante las primeras 48 ó 72 horas después del parto, presentándose únicamente en el 0.1% ó 0.2% de las mujeres.

Diagnóstico. Específicamente la depresión postparto actualmente es evaluada mediante la Escala de depresión de Edimburgo, utilizada en países como Chile, Australia, Venezuela y Estados Unidos. Es un instrumento de auto-informe, compuesto por 10 ítems con cuatro opciones de respuesta, cinco relacionados con disforia, dos con ansiedad, uno con sentimientos de culpa, uno con ideas suicidas y uno con dificultades de concentración.

Tratamiento. Fiorelli, Alfaro y Cejudo (2004) mencionan que el tratamiento de este tipo de depresión se compone por dos elementos que pueden ser utilizados de manera independiente o en conjunto, siendo esta última opción la que tiene resultados más satisfactorios desde su opinión. Describen estos dos componentes de la siguiente manera:

Farmacológico. Compuestos principalmente por inhibidores de recepción de serotonina, tales como sertralina o la paroxsetina. A pesar de que las madres temen que estos medicamentos puedan provocar algún padecimiento en el infante mediante intoxicación por la lactancia, no se han comprobado tales efectos. El uso de éstos u otros antidepresivos se hace más necesario en proporción a la gravedad del estado depresivo, por lo que si éste es leve puede ser tratado únicamente con psicoterapia.

Psicoterapia. Atención que represente la escucha activa, atenta y sin juicios que genera una sensación de alivio, así como la reflexión acerca del comportamiento y los pensamientos que se presentan en el episodio de depresión; ayuda a modificar aquellos que están siendo disfuncionales y que promueven dicho episodio.

Como pudo observarse a lo largo del capítulo, tanto el estrés y la ansiedad son componentes naturales de la adaptabilidad de los seres vivos que han permitido la supervivencia del ser humano a lo largo de los años. Sin embargo, actualmente, como

consecuencia de los cambios de exigencia, estos componentes en diversas ocasiones percibidas como en extremo amenazantes se han caracterizado por generar, ya no un ajuste al entorno, sino una patología al estar presente la idea de incapacidad de afrontarlas. En este caso hablamos del internamiento de un hijo(a) recién nacido en la UCIN, que, si bien es una situación altamente estresante, se ha observado que sus consecuencias en relación con los padres y madres pueden llegar a ser considerablemente perjudiciales, como por ejemplo un estado depresivo o de TEPT. Se evidencia la necesidad de facilitar la atención psicológica a esta población, con la finalidad de evitar el desarrollo de este tipo de estados patológicos y la capacitación para el cuidado de su recién nacido.

CAPÍTULO 2

CARACTERÍSTICAS Y MOTIVOS PRINCIPALES DE INTERNAMIENTO DE BEBÉS EN LA UCIN

Una vez realizada la revisión acerca de las consecuencias observadas ante la permanencia del bebé en el hospital después de su nacimiento, el presente capítulo hace una breve revisión acerca de las principales causas de dichos estados psicológicos, es decir, de las condiciones médicas específicas por las que comúnmente es internado un recién nacido en una UCIN sin ahondar demasiado en terminología médica. Esta revisión busca mostrar los diagnósticos y el nivel de gravedad ante los cuales los padres y madres se ven enfrentados, ya que, a pesar de que actualmente el porcentaje de sobrevivencia de un recién nacido internado en esta área es muy alta, los diagnósticos comúnmente son clasificados como graves de primera instancia, al estar compuestos por varios padecimientos y procedimientos muy delicados.

Características de la UCIN

Existen diversas razones por las que un bebé tras su nacimiento se ve en la necesidad de ser internado en una UCIN derivadas de complicaciones que se presentaron antes, durante o después del parto y que pueden tener como consecuencia el desarrollo de una enfermedad, secuelas en el desarrollo infantil y en algunos casos, la muerte del neonato.

La American Academy of Pediatrics (AAP) (2004) menciona que desde el surgimiento de la UCIN ha sido complicado establecer de manera concreta la diferencia entre los niveles de atención dados en dicha unidad. Sin embargo, de manera general se han establecido tres niveles de atención en función del grado de gravedad y tratamiento que el infante requiera. Dicha

academia, así como Rite, Fernández, Echániz, Botet, Herranz, Moreno, Salguero, y Sánchez, (2013), realizan la siguiente descripción de la clasificación de la UCIN, así como de subáreas.

En el nivel I, nivel mínimo para cualquier instituto de maternidad, se atienden a recién nacidos de edad gestacional mayor a las 35 semanas o de embarazos de dos fetos y se encarga principalmente de realizar monitorizaciones de los signos vitales, cuidados básicos (alimentación, regulación de temperatura, etc.), reanimaciones cardiopulmonares y la estabilización de pacientes ante una complicación no esperada o la necesidad de ser trasladado a otra área hospitalaria.

El nivel II (Unidad de cuidados Intermedios) se encarga de la atención de embarazos que terminaron después de las 32 semanas de gestación y cuyos recién nacidos se encuentran en un peso mayor a 1.5 Kg. Además de contar con los servicios del nivel I, atiende recién nacidos con alguna enfermedad leve o complicación ante las que se tenga una solución rápida y que no necesiten respiración asistida. Ésta a su vez se divide en dos áreas IIA y IIB, siendo la diferencia entre ambas la capacitación del personal para dar reanimación respiratoria, atención dada sólo en el nivel IIB.

Finalmente, en el nivel III (Unidad de Cuidados Intensivos) se atienden recién nacidos que se encuentren gravemente enfermos, que necesiten ventilación y respiración mecánica, así como estudios e intervenciones quirúrgicas especializadas como cardiopatías. Se divide en tres niveles IIIA, IIIB y IIIC que van en función de la gravedad del interno, siendo la diferencia entre éstos el número de especialistas disponibles, así como el tipo de cirugía que se puede llevar a cabo.

Capítulo 2. Características y motivos principales del internamiento de bebés en la UCIN.49

Oestergaard, Inoue, Yoshida, Gore, Lawn, Mathers (2011) estiman que el 41% de las muertes ocurridas antes de los cinco años se encuentra dentro de los primeros 28 días de vida derivadas de complicaciones durante el embarazo y el parto, siendo los países en desarrollo (India, Nigeria, Pakistán, China y República Checa) los mayormente afectados. Aseguran que a pesar de la disminución de la tasa de mortalidad en el primer mes de vida estimada en 1990 (4.9 millones de recién nacidos) en comparación a la observada en 2009 (3.3 millones de recién nacidos), ésta ha sido muy lenta afectando más a poblaciones vulnerables.

Por otro lado, resaltan que las causas principales por las que los bebés son internados en la UCIN son la enfermedad de la membrana hiliar, cardiopatías, partos prematuros, asfixia, sepsis y neumonía, siendo estas últimas cuatro las principales causas de muerte neonatal a nivel mundial observadas en el 2009.

Prematurez

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que el parto prematuro es aquel que acontece antes de las 37 semanas de gestación, éste tiene una prevalencia a nivel mundial del 9% de los nacimientos, considerado un problema de salud pública al ser una de las principales razones de ingreso a la UCIN (Unicef, 2011).

La OMS (2012) establece tres subcategorías de prematurez en función de la edad gestacional:

Prematuros extremos: menos de 28 semanas.

Muy prematuros: de 28 a menos de 32 semanas.

Prematuros moderados a tardíos: 32 a menos de 37 semanas.

Capítulo 2. Características y motivos principales del internamiento de bebés en la UCIN.50

Rellan, García y Paz (2008) explican que el parto prematuro puede presentarse principalmente como consecuencia de la ruptura espontánea de la bolsa amniótica (amniorrexis), infección clínica (vaginosis o intraamniótica), gestación múltiple, hipertensión materna, desnutrición intrauterina, polihidramnios (exceso de líquido amniótico), fetopatía diabética, antecedentes de abortos espontáneos, consumo de tabaco y un nivel socioeconómico bajo. Asimismo, menciona algunas de las consecuencias del mismo en la condición fisiológica general del RN, las cuales se encuentran resumidas en la Tabla 1.

La edad gestacional es relacionada con el peso al nacer con la finalidad de obtener un diagnóstico más específico, así como un pronóstico más certero con respecto a la madurez y la probabilidad de muerte. Gómez-Gómez, Danglot-Banck y Aceves-Gómez (2012) mencionan que una de las clasificaciones utilizada por la OMS para los nacidos pretérmino es:

Grupo I. Peso menor de 1,500 g.

Grupo II. Peso entre 1,500 a 2,500 g.

Grupo III. Peso con más de 2,500 g.

Grupo IV. Peso pequeño en comparación a su edad de gestación.

Grupo V. Nacido a término carente de los rasgos fisiológicos de crecimiento en cada semana de gestación.

Tabla 1.

Condición fisiológica del infante, según Rellan, García y Paz (2008).

Posibles afecciones por prematuridad	
Neurológico	Fragilidad de la matriz germinal, pobre migración neuronal, poca mielinización de sustancia blanca y excesos de sustancia gris.

Tabla 1. (continuación)

Condición fisiológica del infante, según Rellan, García y Paz (2008).

Cardiovascular	Hipotensión y persistencia del ducus arterioso.
Respiratorio	Debilidad de musculatura respiratoria, pulmones con escaso desarrollo alveolar, desarrollo incompleto de los vasos sanguíneos pulmonares.
Metabólico	Afección en la regulación de temperatura, con tendencia a la hipotermia causada por la pérdida de grasa y un deficiente control vasomotor. Deficiencia de absorción de nutrientes como sodio y vitamina D, así como la regulación de insulina.
Gastrointestinal	Incapacidad de succión, intolerancia gástrica, reflujo gastroesofágico, evacuación lenta, posible enterocolitis necrotizante (muerte de tejido intestinal).
Oftalmológico	Desarrollo anormal de los vasos sanguíneos en la retina (retinopatía).
Endócrino	Hiperfunción de la tiroides, hipotiroxinemia transitoria (carencia de hormonas tiroideas y recuperación espontánea), inmadurez de diversas glándulas endócrinas como las suprarrenales.

Tras el nacimiento pretérmino son diversos los procedimientos que se siguen, todos y cada uno de manera específica a cada situación médica. Uno de los procedimientos fundamentales es la nutrición y alimentación que en repetidas ocasiones es imposible proporcionar mediante el amamantamiento de primer momento. Balza y Fernández (2010) explican las principales formas de nutrición en la UCIN:

Capítulo 2. Características y motivos principales del internamiento de bebés en la UCIN.52

Alimentación parental. Administración de nutrientes mediante el torrente circulatorio. Se proporciona por medio de distintas vías:

Periférica. Se coloca un catéter en una vena cercana a la piel.

Umbilical. El catéter es colocado en una vena o arteria del ombligo.

Central. El catéter va ubicado en un vaso sanguíneo cercano al corazón mediante una cirugía.

Epicutánea. Colocación de un catéter fino y largo desde una vena periférica hasta el corazón.

Alimentación enteral. Utilizada ante la incapacidad de succión en el infante, en ella se suministra leche (materna o fórmula) mediante una sonda en el estómago. Se coloca de manera nasogástrica (colocada desde la nariz) u orogástrica (insertada a través de la boca).

El Centro Nacional de Tecnología de Salud (CENETEC) (2013) indica que otros de los procedimientos más comunes realizados por el personal de enfermería principalmente son:

Suministro de corticoides prenatales y/o el surfactante del oxígeno para la reducción o evitación del uso de respiración mecánica.

Uso de incubadora o cuna de calor radiante para el mantenimiento de la temperatura corporal.

Prevención de ruptura o úlceras en piel mediante emolientes y opósitos para evitar fricciones.

Medicación o suministro de sacarosa para el manejo del dolor en el infante.

Estos son sólo algunos de los procedimientos que se pueden llegar a realizar en el bebé nacido antes de término, sin embargo, pueden variar o incrementar en función de otros padecimientos comórbidos, como los que se describen a continuación.

Síndrome de Dificultad Respiratoria o Enfermedad de la Membrana Hialina.

Enfermedad caracterizada por la inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar, donde su principal rasgo es la deficiencia cualitativa y cuantitativa de surfactante que a su vez es la causa de la atelectasia pulmonar difusa e intercambio gaseoso inadecuado (Campos, Cortés, Domínguez, Estrada, Galindo, Ramírez, Velasco y Villegas, 2009).

Algunos de los factores que incrementan la probabilidad de este padecimiento son la presencia de hipotermia, asfixia perinatal, fetopatía diabética, no haber recibido tratamiento previo con esteroides. La dificultad respiratoria progresiva es el principal indicativo de este padecimiento.

Esta se caracteriza por aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, disociación toraco-abdominal (movimientos arrítmicos del tórax y abdomen), retracción xifoidea, cianosis (coloración azul de la piel), polipnea (aumento en frecuencia y profundidad de respiración), síntomas que comienzan a presentarse aproximadamente 24 ó 48 horas después del nacimiento, siendo más común en varones y segundos gemelos, así como más grave en función de mayor prematuridad. La deficiencia de surfactante es considerada como alarmante puesto que éste está compuesto por macromoléculas de proteínas, fosfolípidos, carbohidratos responsables de reducir la tensión superficial dada en la respiración. Cuando esta deficiencia no es tratada de manera oportuna o no hay respuesta al tratamiento la consecuencia es la atelectasia, que se refiere al colapso de una región del pulmón o el colapso masivo del mismo o de ambos (López y Valls, 2008).

Para el diagnóstico comúnmente se realiza una radiografía de tórax en las primeras ocho horas de vida, examen de gases arteriales y aspirado gástrico. En función de los resultados obtenidos Campos, Cortés, Domínguez, Estrada, Galindo, Ramírez, Velasco y Villegas (2009)

suguieren que el tratamiento debe darse mediante la administración traqueal de surfactante y presión positiva continua a la vía aérea (bombeo de aire bajo presión dentro de la vía respiratoria de los pulmones, manteniendo la tráquea abierta) o asistencia mecánica a la ventilación.

Sepsis Neonatal

El Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) es provocado por la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus primeramente en la piel y las mucosas hasta llegar al torrente sanguíneo del recién nacido. Éste puede presentarse durante los primeros tres o siete días de vida considerándose como sepsis temprana o tardía si se presenta entre los siete y 28 días. En función del desarrollo de la sepsis puede generarse un estado grave en el que existe una mayor proliferación del causante hasta afectar un órgano o generar hipotensión; asimismo, puede generarse un shock séptico en el que además de sepsis severa no hay una respuesta favorable ante la reanimación mediante la reposición de líquidos (Coronell, Pérez, Guerrero y Bustamante, 2009).

Fernández, Coto, Coto, Ramos e Ibáñez, (2008) indican que el estado séptico puede darse mediante dos tipos de transmisión descritas a continuación.

Vertical. Provocada antes o durante el parto por gérmenes presentes en el tracto genital materno, la ruptura temprana de las membranas amnióticas, parto prematuro e infección intra-amniótica.

Nosocomial. Causada por la presencia de gérmenes en los servicios de neonatología, en procedimientos como la sobreutilización de antibióticos, desinfección insuficiente de manos, intubación o aspiración intratraqueal, el uso de respiradores y sondas o catéteres desinfectadas inadecuadamente.

Capítulo 2. Características y motivos principales del internamiento de bebés en la UCIN.55

De igual manera, explican que en un principio puede que el síndrome sea asintomático o de sintomatología muy específica como consecuencia de la tipología del virus, bacteria u hongo. Sin embargo, se comienza a sospechar de su presencia cuando existe una mala regulación de la temperatura, se observa un aumento de leucocitos, taquipnea (aumento en frecuencia respiratoria) o apnea (cese de respiración), temblores o convulsiones, hipotonía o hipertonía, ictericia y problemas digestivos.

El diagnóstico de sepsis comúnmente se realiza, además de la revisión del historial clínico y físico, mediante estudios de sustancias que se ven alteradas ante la presencia de una infección tales como los leucocitos (hemograma), la proteína C reactiva, procalcitonina, interleucina 6, inmonoglobulina M. Del mismo modo, se hace uso de hemocultivos, de la reacción en cadena de polimerasa, así como de urocultivos en casos de sepsis tardías (Coronell, Pérez, Guerrero y Bustamante, 2009, pág. 61).

González, Caraballo, Guerrero y Montenegro (2006) explican que el tratamiento se basa principalmente en el uso de antibióticos de amplio espectro tales como la ampicilina o cefotaxima por lo menos durante dos semanas en el caso de meningitis, aunque ante la identificación del agente que causa específicamente dicho estado se opta por la aplicación de antibióticos especiales con la finalidad de reducir los efectos adversos de los mismos, así como los costos. Sin embargo, también indican que el uso de estos antibióticos puede complementarse con el uso de transfusiones sanguíneas para corregir el déficit inmunológico o la administración de drogas para la regulación de azúcar, tensión arterial o acidosis metabólica.

Asfixia Perinatal

Alteración grave del intercambio gaseoso del recién nacido que puede ser provocada por diversos factores antes del parto, durante el mismo o en el periodo posnatal. La presencia de esta falla se determina ante las siguientes características clínicas: acidosis metabólica (aumento en la acidez sanguínea por falla renal), falla orgánica múltiple, puntuación Apgar baja que determina su gravedad, clasificada en (a) moderada, puntaje entre 6-4 durante al primer minuto del nacimiento o (b) severa, puntaje de 3 o menor durante los primeros 5 minutos de vida.

La mayor proporción de asfixia se presenta durante el parto, puesto que sólo el 5% se presenta antes y 10% en el periodo neonatal. En la Tabla 2 se presentan diversos factores de riesgo que determinan que un recién nacido se vea afectado por esta falla, (CENETEC, 2011).

Tabla 2.

Factores de riesgo relacionados con la Asfixia Perinatal (CENTEC, 2011).

Maternos	Obstétricos	Útero-placentarios	Fetales
Hemorragia en el tercer trimestre.	Líquido amniótico meconial.	Anomalías del cordón umbilical.	Alteraciones de frecuencia cardiaca.
Infecciones	Incompatibilidad céfalo-pélvica.	Anormalidades placentarias.	Disminución de movimientos fetales durante el embarazo.
Hipertensión inducida por el embarazo.	Uso de medicamentos.	Alteración de contractibilidad uterina.	Retardo en el crecimiento fetal intrauterino.
Hipertensión crónica.	Presentación fetal anormal.	Anormalidades uterinas anatómicas.	Prematuridad y bajo peso o post-madurez.
Anemia	Trabajo de parto prolongado o precipitado.		Macrosomía fetal (exceso de tamaño en el feto).
Colagenopatías (lupus, artritis, etc.).	Parto instrumentado o cesárea.		Malformaciones congénitas o retraso en crecimiento intrauterino.
Intoxicación por drogas.	Ruptura prematura de membranas.		
Comorbilidad obstétrica.	Oligoamnios o polihidramnios (exceso o deficiencia de líquido amniótico).		Incompatibilidad sanguínea feto-madre).

La consecuencia principal de la asfixia neonatal es la denominada lesión Hipóxico Isquémica o Encefalopatía Hipóxico-Ixquémica (EHI), síndrome neurológico caracterizado por la falta de energía celular que a su vez ocasiona importantes deterioros bioquímicos y funcionales en el sistema nervioso central, ubicados en tres niveles o estadios, siendo más severos en función de la prematurez llegando a provocar Parálisis Cerebral Infantil o muerte (Cullen y Salgado, 2009).

Al ser la asfixia una afección con repercusiones importantes en el organismo general del infante, al tener su diagnóstico confirmado se hace indispensable el ingreso a cuidados intensivos para comenzar su tratamiento inmediato. Éste va a ser específico para cada recién nacido a causa de las complicaciones identificadas, así como su comorbilidad. Tejerina (2007, pág. 148) especifica que el tratamiento se compone principalmente de estos aspectos:

Regulación de oxígeno en la sangre.

Evitación de hipercapnia (aumento de dióxido de carbono en sangre).

Regulación de perfusión y reperfusión para la evitación de un derrame cerebral.

Uso de dopamina y dobutamina para el mantenimiento de la tensión arterial.

Administración de surfactante para evitar hipertensión pulmonar.

Reducción del edema cerebral mediante la regulación cuidadosa de hipercapnia.

Mantenimiento de la glucemia en un nivel normal.

Administración de anticonvulsivos.

Hipotermia inducida para la reducción del metabolismo cerebral y de esta forma la afección y su posible expansión.

Cardiopatía congénita.

Este término hace referencia a alteraciones estructurales en los segmentos del corazón y los principales vasos sanguíneos, éstas se desarrollan antes del nacimiento y pueden ser tratadas únicamente después del parto. Se desconoce lo que genera este tipo de padecimientos, Madrid y Restrepo (2013) mencionan que algunos de los factores que podrían estar relacionados son la herencia, el uso de fármacos o drogas, infecciones como rubeola, exposición a radiación e hipoxia, enfermedades maternas y la comorbilidad entre éstas.

Existe una gran variedad de cardiopatías que se encuentran en función de la malformación, la cual puede ser única, aislada o asociada a otras, siendo en este último caso más difícil su diagnóstico y por lo tanto tratamiento. Santos (2006) menciona que la clasificación de cardiopatías se realiza en función del segmento del corazón afectado, es decir, el arterial (Orta y arteria pulmonar), ventricular (ventrículo derecho e izquierdo) o auricular (aurícula derecha e izquierda); la conexión de entre estos segmentos, la presencia de *ductus* persistente, así como de resistencia pulmonar presente. No obstante, propone englobar los tipos de cardiopatía en cinco grupos, descritos a continuación, con la finalidad de tener una guía más práctica.

Cardiopatías cianóticas severas. Cardiopatías caracterizadas por la presencia de cianosis (coloración azul de la piel) como consecuencia de la falta de oxígeno en la sangre. Romera y Zunzunegui, 2008, indican dos tipos principales: con flujo pulmonar aumentado e insuficiencia congestiva cardíaca o con flujo pulmonar disminuido.

Cardiopatías con insuficiencia cardíaca y congestión venosa. Obstrucción severa del flujo sistémico de la sangre que se genera entre las venas pulmonares y la circulación arterial, en la entrada y salida del ventrículo izquierdo o en la propia orta. En este caso también se reconocen

dos subgrupos que se distinguen por la presencia de cianosis o su ausencia (García, 2006): con insuficiencia cardiaca izquierda y/o congestiva, cianosis de mezcla y congestión venosa pulmonar; con insuficiencia cardiaca izquierda y/o congestiva, sin cianosis con congestión venosa pulmonar.

Cardiopatías congénitas con insuficiencia cardiaca derecha severa, cianosis variable, cardiomegalia severa e isquemia arterial pulmonar. Incapacidad del ventrículo para eyectar sangre hacia la arteria pulmonar y circulación pulmonar, lo que genera bajo gasto pulmonar, una disminución de la sangre oxigenada que llega a las cavidades izquierdas. Las cardiopatías que se incluyen en este tipo son (Quero y Sánchez, 2006): arteria pulmonar con septo íntegro, formas severas de Ebstein con o sin estenosis de la arteria pulmonar, miocardiopatía de UHL e Hipoplasia primitiva del ventrículo derecho.

Transposición de grandes vasos (TGV). Hay una conexión inapropiada en los ventrículos, es decir, el ventrículo derecho se conecta con la aorta y la arteria pulmonar sale del ventrículo izquierdo, lo que genera que la sangre no pase en forma seriada sino en paralelo y tenga lugar un estado cianótico severo y la intervención quirúrgica inmediata al nacimiento (Turón-Viñas, Riverola-de Veciana, Moreno-Hernando, Bartrons-Casas, Prada-Martínez, Mayol-Gómez y Caffarena-Calvar, 2013).

Ventrículo único. Cardiopatía en la que sólo uno de los ventrículos es el que bombea de manera adecuada la cantidad de sangre necesaria, en él se mezcla la sangre proveniente de las aurículas y es dirigida hacia la aorta y la arteria pulmonar. Por esta razón éste siempre se encuentra sobrecargado y dependiendo de la resistencia que se presente el bombeo de sangre que genera puede provocar cianosis, así como un desarrollo deficiente a causa de la deficiencia de oxígeno. Comúnmente, su tratamiento se compone de intervención quirúrgica como son la

cirugía de Glenn y Fontan, que busca disminuir la acción del ventrículo así como agilizar la circulación mediante la reconexión de venas y arterias pulmonares (Florencia, 2007).

Ante esta gran variedad de cardiopatías y las múltiples formas en que pueden combinarse, su diagnóstico es un proceso muy complejo. Éste se basa principalmente en la realización de electrocardiogramas, radiografía de tórax y antes del parto se realiza la ecocardiografía bidimensional Doppler a color. Jaramillo, Hernández, Mosquera y Durán (2013) mencionan que ante la mayoría de las cardiopatías en el neonato el tratamiento se compone principalmente en la intervención quirúrgica.

Los padecimientos abordados en el presente capítulo son sólo algunos, los más comunes, por los que un bebé al nacer se ve en la necesidad de ser internado en la UCIN por un tiempo muy corto o muy largo y como es posible observar cada uno de manera aislada tiene un alto grado de complejidad en sí mismo y sus tratamientos. Ahora bien, de manera conjunta o comórbida, como habitualmente se presentan, es una situación que además de poner en riesgo la sobrevivencia del recién nacido, ubica a los padres en estado de crisis física y emocional, repercutiendo en su relación como pareja y en la estabilidad familiar.

CAPÍTULO 3

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y MEDICINA

CONDUCTUAL EN LA UCIN

A través de los dos capítulos anteriores fue posible exponer las principales características del internamiento de un bebé después de su nacimiento. Como pudo observarse existen diversas causas por las que se hace necesaria la hospitalización que a su vez coloca a los padres en una situación de alta exigencia en cuanto adaptación y aceptación, generando altos niveles de estrés y ansiedad, así como el incremento de la probabilidad del desarrollo de un estado depresivo. Por esta razón se considera necesaria la intervención de tipo psicológica para los padres y madres que se encuentran en esta situación, con la finalidad de decrementar sus efectos negativos, así como dotarlos de habilidades que puedan ayudarlos a su mejor afrontamiento. A continuación se presenta el desarrollo de una de los posibles tipos de intervención llamado “Terapia Cognitivo Conductual”, así como sus características y modo de acción centrado en este tipo de población.

Antecedentes.

Cuando se habla de los orígenes ideológicos de los que parte la Teoría Cognitivo Conductual es posible remontarse a la filosofía griega, al pensamiento de los Estoicos como Zenón de Cito, Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio, quienes resaltaban la relación entre la interpretación de la realidad (subjetividad) y la experiencia dada a partir de la misma. Estas ideas se mantuvieron durante varios siglos y fueron retomadas por otros filósofos como Kant, Heidegger y Husserl quienes hablaron de la voluntad, el sentido privado y el poder de la razón (Feixas y Miró, 1993).

Con el surgimiento del psicoanálisis a finales del siglo XIX y principios del XX, se abrió la posibilidad de entender a la persona más allá del funcionamiento fisiológico y se introdujo el papel del “inconsciente”, que si bien dentro del modelo cognitivo-conductual no se abordó de la misma manera, fue el origen de la idea del pensamiento como estructura determinante para la conducta (Hernández, 2013).

Al mismo tiempo comenzó desarrollarse otro planteamiento teórico denominado actualmente como modificación de conducta o *conductismo*. Éste fue iniciado por Pavlov con sus estudios acerca de reflejos, asociación y respuestas condicionadas dando lugar al *condicionamiento clásico*, así como por Thorndike con la postulación de *ley efecto*. Posteriormente, Watson, Rayner y Mary Cobert Jones, contribuyeron a dicho enfoque al realizar análisis sobre el origen de los miedos y las fobias, su desvanecimiento, así como su relación con el condicionamiento clásico.

Para mitad del siglo XX tuvieron lugar dos importantes posturas teóricas, por un lado el psicólogo experimental Skinner, quien posterior a sus estudios realizados con ratas, postuló el *condicionamiento operante*, con el que no sólo explicó la relación entre las situaciones dadas como estímulos y la respuesta que provocan en el organismo, sino que resaltó la importancia de las consecuencias de éstas últimas y su determinación para el mantenimiento o eliminación de la conducta humana; el segundo postulado fue expuesto por Homme, quien comenzó a escribir sobre el *condicionamiento covariante* que afirma que un mismo estímulo tiene la capacidad de producir dos tipos de respuesta: encubierta y manifiesta, que cuando no cumplen una misma función adaptativa generan un comportamiento problemático (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2006).

A partir de los años 50's se comenzó a formar otra corriente psicológica que si bien no es el origen específico de las terapias cognitivo-conductuales, sí es uno de los fundamentos teóricos más relevantes, la *psicología cognitiva*. Molina y Álvarez (2012), indican los siguientes sucesos como desencadenantes de esta teoría. Uno de ellos fue la importancia dada a los estudios realizados acerca de los procesos psicológicos superiores (memoria, percepción, atención, inteligencia, reconocimiento, etc.) comenzados desde el siglo XIX y que no habían tenido suficiente relevancia hasta este momento. Por otro lado, el desarrollo de la cibernética sirvió como analogía entre el procesamiento de información realizada por un ordenador y el cerebro humano, mientras la escuela *gestalt* proponía entender a las personas desde una aproximación holística, es decir, de una forma no diseccionada entre psique y fisiología. Finalmente, las teorías constructivistas establecidas por Jean Piaget y Vigotsky resaltaron la formación de estructuras cognitivas para el desarrollo de cada individuo mediante la maduración fisiológica y el uso de herramientas para la relación con el medio social.

Tras la consolidación de estos enfoques teóricos, Meichenbaum (1988) menciona que surgieron dos líneas de investigación y teorización que pueden considerarse como el origen de la Terapia Cognitivo-Conductual. Por un lado, la línea de contenidos semánticos representada por Kelly, Ellis y Beck, y por otro la basada en la teoría del aprendizaje representada principalmente por Bandura, de la cual derivaron demás planteamientos y técnicas como la inoculación del estrés y la resolución de problemas.

Teorías semánticas.

Teoría de los constructos personales. Geroge Kelly fue un psicólogo estadounidense de la universidad de Ohio que durante la década de los 50's publicó una serie de estudios contenidos

en dos volúmenes llamados *The Psychology of Personal Constructs I y II*, en los que expuso su teoría mediante investigaciones realizadas con personas (Fransella y Neimeyer, 2005).

La teoría de Kelly propone que cada individuo cuenta con una serie de constructos (interpretaciones) que a su vez constituyen su personalidad y su realidad. Con base en ellos es que es atribuido el significado a las experiencias o circunstancias y por ende su afrontamiento y posterior predisposición. La función principal de estos constructos es la adaptación del individuo durante las diferentes etapas de su vida, por lo que cuando éstos se caracterizan por ser inadecuados, pueden contribuir al desarrollo de trastornos emocionales y conductas desadaptativas. Kelly resalta que una de las características de dichos constructos es que no son fijos e inflexibles en el tiempo, sino que son permeables en función de las nuevas experiencias y la disposición del individuo a cambiarlos, siendo ésta la clave para la resolución de los problemas psicológicos (Kelly, 1970).

Terapia Racional Emotiva. Desarrollada por Albert Ellis doctor en psicología clínica de la universidad de Columbia, quien comenzó su trabajo como psicoanalista pero que durante los 50's inició su propia línea de intervención en los problemas psicológicos denominada primeramente Terapia Racional y posteriormente Terapia Racional Emotiva (TRE).

Dicho planteamiento aboga a la razón y a la lógica como medios de investigación científica, considerándolos como herramientas que permiten diferenciar la realidad de la falsedad y pensar con claridad y consistencia, evitando así la perturbación emocional (Ellis, 1980). El principal objetivo de este tipo de intervención fue ayudar a las personas a pensar más racionalmente, sentir de manera más apropiada y actuar funcionalmente para mantenerse en un estado de felicidad prolongado. Para esto se propuso una serie de submetas que ayudan al anterior objetivo (Ellis y Bernard, 1990, pág. 24):

Interés por sí mismo. Interés en el sí mismo y los propios intereses.

Interés social. Protección de derechos y supervivencia social.

Dirección propia. Reconocimiento de la vida como una responsabilidad mientras se ofrece ayuda a los demás.

Tolerancia. Consideración del derecho a equivocarse como propio y de los demás.

Flexibilidad. Disponibilidad hacia el cambio de pensamiento.

Aceptación de la incertidumbre. Reconocimiento de que las certezas absolutas no existen, únicamente el azar y la probabilidad.

Compromiso. Dedicación de tiempo y esfuerzo hacia un interés personal.

Pensamiento científico. Regulación de emociones y acciones mediante la reflexión sobre sí mismo y sus consecuencias.

Auto-aceptación. Aceptación incondicional sobre las características de uno mismo

Arriesgarse. Aceptación de cierto nivel de riesgo en las acciones sin caer en un estado temerario.

Hedonismo a largo plazo. Persecución de placeres momentáneos y del futuro, evitando que los primeros interfieran con los segundos y así evitar el dolor .

No-utópico. Aceptación de que las utopías son inalcanzables.

Alta tolerancia a la frustración. Aceptación de aquellas cosas que no podemos cambiar y discernimiento entre ellas.

Auto-responsabilidad en la perturbación. Adquisición de gran cantidad de responsabilidades de sus propios trastornos sin asignarlas a otros.

El modelo en que se fundamenta principalmente este tipo de intervención y bajo el cual busca explicar la consecuencia de la ausencia de las metas y submetas anteriores, es el llamado *ABC*. En éste, *A* es definida como un evento activador pudiendo ser situaciones, eventos, recuerdos, etc.; *C* es la consecuencia emocional, conductual y cognitiva; y *B* son las creencias generadas sobre *A* y *C*, es decir, la manera en que se interpretan los sucesos y situaciones (*A*), así como las propias respuestas (*C*). En este sentido, *B* cobra suma importancia puesto que con base en las creencias arraigadas (positivas o negativas) en el individuo es que éste puede observar, evaluar y clasificar un suceso como agradable o amenazante, generar respuestas adaptativas o desadaptativas y estructurar una imagen acerca de las propias capacidades y la actitud del mundo hacia uno mismo.

Partiendo de éste modelo, Ellis desarrolló una metodología enfocada al psicodiagnóstico de la naturaleza y dinámica de los problemas individuales que atendió a cuatro áreas: clasificación de problemas (externos o internos), identificación de creencias irracionales, detección de problemáticas secundarias y establecimiento de metas y finalmente, el uso de técnicas tanto conductuales como cognitivas para la modificación de las creencias irracionales (Griegel, 1990).

Terapia cognitiva. Tratamiento derivado de los estudios realizados y la experiencia terapéutica del psicólogo Aaron Beck en la década de los 70's con personas diagnosticadas con depresión.

Su planteamiento teórico se fundamenta en el supuesto de que la conducta de los individuos está determinada en gran medida por la manera en que cada uno estructura el mundo

en función de sus experiencias. Por lo tanto, el objetivo principal de la intervención psicológica desde este enfoque es la identificación y modificación de las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias de las que derivan (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El modelo bajo el cual Beck estructuró su teoría está compuesto por tres conceptos. El primero de ellos fue la denominada *tríada cognitiva*, el cual se encuentra compuesto por tres patrones cognitivos: visión negativa acerca de sí mismo, interpretación de experiencias como negativas y visión negativa del futuro.

El segundo concepto hace referencia al *esquema cognitivo*, mediante éste cada persona identifica, diferencia y clasifica las situaciones a las que se enfrenta, así mismo las evalúa con base en una red de esquemas mayormente consolidados y responde de la manera que puede parecer la más adaptativa. Sin embargo, cuando ante una circunstancia se genera una serie de pensamientos distorsionados puede que derive en uno o varios esquemas inadecuados prepotentes que pueden propiciar patologías en el individuo, donde la percepción del mundo es adversa y las respuestas desadaptativas o incompetentes.

El último concepto es el *error cognitivo* o error en el proceso de la información que evidentemente hace referencia a las creencias erróneas que generan y conforman los esquemas inadecuados. Estos pueden ser:

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): adelantar una conclusión bajo ausencia de evidencia o contraria a ésta.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo). Extracción de un estímulo o estímulos específicos, para clasificar una situación, ignorando todo el conjunto que conforma la realidad.

Sobregeneralización (relativo a la respuesta). Elaboración de una ley o regla general a partir de hechos aislados para responder a situaciones parecidas.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta). Reflejadas en los errores cometidos en la evaluación de significación y magnitud de un evento; errores que constituyen una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta). Tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin un fundamento firme.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta). Tendencia a clasificar todas las experiencias en relación a dos categorías opuestas.

Con base en este modelo, Beck desarrolló una intervención basada en estrategias tanto conductuales como cognitivas encaminadas a (Beck, 2000):

Controlar los pensamientos negativos automáticos.

Identificar la relación entre cognición, efecto y conducta.

Evaluar la evidencia respecto a sus pensamientos distorsionados.

Sustituir representaciones distorsionadas por otras más realistas.

Identificar y modificar las creencias que generan las experiencias distorsionadas.

Teorías de aprendizaje.

Teoría del aprendizaje social. El primer personaje representativo de las teorías del aprendizaje social fue Albert Bandura, quien a partir de los años 70's comenzó a resaltar la importancia de la relación del aprendizaje por observación y los procesos cognitivos para la adquisición, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Partió de la crítica realizada

a los supuestos de Rotter en la década de los 50's acerca de la importancia del papel de la probabilidad percibida y las expectativas en la reaparición y mantenimiento de conductas en situaciones específicas, ya que consideraba que esto únicamente era aplicable para conductas ya aprendidas por el sujeto, pero no para la adquisición de nuevas (Bandura y Walters, 1974).

Si bien, Bandura consideró los principios del comportamiento derivados de la teoría de la conducta (asociación, reforzamiento, inhibición) como fundamentales para el comportamiento humano, él sostiene que un factor indispensable en la vida cotidiana para la aplicación de dichos principios es la interacción uno a uno, es decir, la observación e interacción recíproca entre individuos y el ambiente, a lo que él llamó *reciprocidad triádica*. Dentro de sus postulados los aspectos determinantes dentro del desarrollo psicológico de los individuos fueron el modelamiento (aprendizaje mediante observación y práctica) y el auto-control (elección de las conductas a realizar en relación a las expectativas). Posterior a los planteamientos de este autor, tuvo lugar el desarrollo de dos técnicas indispensables en relación a la consolidación de la TCC.

Inoculación del estrés. Dicha técnica surge a finales de los 70's y su procedimiento fue desarrollado por Meichenbaum, derivado de lo que se llamaba inoculación médica, que buscaba preparar a los organismos mediante la implantación de agentes extraños para que su sistema enfrentase de manera adecuada las enfermedades reales. El planteamiento de esta técnica tuvo como objetivo enfrentar a la persona de manera gradual a situaciones de estrés para que ésta desarrollara las habilidades de afrontamiento necesarias y posteriormente pudiera generalizar dichas habilidades a diversas situaciones y de mayor significación de estrés (Meichenbaum, 1987).

De manera específica, su autor menciona que existen siete objetivos de este tipo de intervención:

Enseñanza de la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.

Apredizaje de auto-control de pensamientos, imágenes y conductas para el desarrollo de interpretaciones adaptativas.

Entrenamiento en solución de problemas.

Modelamiento y reproducción de actuaciones reales, regulación de emociones y habilidades de afrontamiento.

Identificación de respuestas desadaptativas como señales de activación de habilidades de afrontamiento.

Prácticas imaginadas y en vivo para fomentar confianza y repertorio de afrontamiento.

Adquisición de conocimientos y habilidades de afrontamiento para situaciones inesperadas.

En función de estos objetivos, el proceso de inoculación del estrés está compuesto por tres fases:

Conceptualización. Recolección de datos acerca del problema y su reconceptualización.

Adquisición y ensayo de habilidades. Identificación de habilidades carentes y entrenamiento específico en ellas.

Aplicación y consolidación. Aplicación gradual asesorada de las habilidades adquiridas o perfeccionadas en situaciones reales.

Solución de problemas. Como consecuencia de la descalificación del modelo médico y su atribución a los conflictos intrapsíquicos como causantes de las conductas desadaptativas, en 1970 surgió un modelo teórico que sostenía que la verdadera causa era la falta de habilidades de adaptación. Se desarrollaron varias propuestas de intervención en la solución de problemas, una de ellas fue la hecha por D'Zurilla y Goldfried que se enfocó en el entrenamiento de habilidades que les permitieran una competencia social más satisfactoria. Años más tarde este modelo específico fue modificado por D'Zurilla y Nezu, convirtiéndose en uno de los más representativos y utilizados por los terapeutas (D'Zurilla y Nezu, 2007). El procedimiento de la técnica derivada de este modelo se compone de cinco elementos que interactúan para el desarrollo de la habilidad:

Representación de reacciones cognitivo-conductuales ante la situación problemática.

Definición y delimitación del problema.

Generación de un número infinito de alternativas de solución incluyendo las más absurdas o irrealizables.

Elección de una de las alternativas dadas en función de economía y disposición de tiempo.

Puesta en práctica de la alternativa elegida y verificación de los beneficios y costos de la misma.

Medicina Conductual

La denominada Medicina Conductual es relativamente nueva, Reynoso (2014) indica que fue en los años 70's que tuvo origen y describe varias modificaciones sociales y científicas que contribuyeron a su desarrollo. Menciona que una de ellas fue la integración de la intervención

médica y psicológica que se hizo necesaria tras las consecuencias observadas en soldados sobrevivientes de guerra con relación a su salud mental. Seguido este hecho por el avance y fortalecimiento de la psicología conductual como medio de modificación de estilos de vida y el perfeccionamiento de sus técnicas, como fue el caso del biofeedback (retroalimentación biológica). Finalmente, resalta el cambio surgido en la epidemiología en la sociedad de enfermedades de tipo infecciosas a tipo crónico-degenerativas resaltando la relación del comportamiento y el modo de vida con su aparición, dio como resultado la necesidad de una intervención temprana o primaria, donde la psicología sería una pieza clave en su investigación e implementación.

Es así que algunos años después de la creación de la Organización Mundial de la Salud y el establecimiento de la salud como un derecho para todos, diversas ciencias biológicas y sociales decidieron revisar y promover un nuevo tipo de atención para la salud. Rodríguez (2010) señala que la primera de estas organizaciones fue el Special Interest Group about Behavioral Medicine formado por la Association for the Advancement of Behavior Therapy en 1970, que se convertiría en la Society of Medicine, hecho que sería seguido por la reunión en la First Conference on Behavioral Medicine organizada por la Universidad de Yale en 1977. Destaca también que un año después tuvo lugar la fundación de la Research Academy in Behavioral Medicine en 1978, en Estados Unidos y posteriormente la International Society of Behavioral Medicine, que en 1990 convocó al Primer Congreso Internacional sobre esta disciplina en Uppsala.

Desde el primer momento, el objetivo de este abordaje se caracterizó por sostener que mediante la modificación de la conducta se tendrían cambios satisfactorios relacionados con el

padecimiento y percepción de una enfermedad. A través de los años el concepto concreto de medicina conductual ha sido perfeccionado y actualmente ésta se entiende como:

“...el campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención. El sustento en que se fundamenta la Medicina Conductual como disciplina es que los cambios en la conducta pueden reducir la sintomatología en personas enfermas (Reynoso, 2014, pág. 15)”.

Bajo este objetivo el trabajo psicológico dentro del cuerpo médico o atención médica ha logrado obtener la representatividad y reconocimiento como fundamental en el cambio de la realidad actual respecto prevención y atención de las enfermedades en los hospitales.

Técnicas Congitivo-Conductuales.

Con el desarrollo y perfeccionamiento del tratamiento basado en TCC, el tipo y cantidad de técnicas utilizadas ha ido en aumento, si bien en un principio las fundamentales eran las propuestas por Ellis y Beck, diversos investigadores posteriores a ellos, como resultado de la práctica, dieron lugar a ciertas modificaciones. No obstante, existe una clasificación general respecto al tipo y objetivo de las técnicas que permite entender su función de manera aislada, aunque comúnmente sean trabajadas de manera conjunta. A continuación, se presentan la clasificación y algunas de las técnicas más representativas que componen cada categoría.

Técnicas conductuales. Este tipo de técnicas están dirigidas principalmente a la adquisición o perfeccionamiento de comportamientos que se identifican como carentes o disfuncionales, es decir, que interfieren o son necesarios para la vida cotidiana y satisfacción individual.

Programación de actividades. Técnica utilizada mayormente en personas con depresión. Implica la planificación de actividades hora tras hora con la finalidad de mantener ocupado al usuario o el registro de las actividades diarias del mismo, para que de esta forma se impida su regreso a un estado de inactividad (Beck, 2000).

Entrenamiento en habilidades sociales. Conjunto de técnicas principalmente conductuales basadas en los principios del aprendizaje social con las que se pretende el incremento de comportamientos adaptativos y prosociales en función de la satisfacción interpersonal. Abarcan tres dimensiones generales: conductual (tipo de habilidad), personal (variables cognitivas) y situacional (contexto) enfocadas a actividades como: inicio y mantenimiento de conversaciones; hablar en público; expresión de amor, agrado y afecto; defensa de los propios derechos; petición de favores; rechazar peticiones; hacer cumplidos; expresión de opiniones personales y desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; ofrecer una disculpa; petición de cambio conductual en el otro; y afrontamiento de críticas (Caballo, 1997).

Escala de dominio placer. Establecimiento de actividades potencialmente agradables para el usuario durante un tiempo controlado y que requieren la evaluación del propio usuario acerca del cambio de humor o de ánimo, así como del grado de dominio al realizarla y la satisfacción que generó; esto bajo el objetivo de contrarrestar la percepción de incompetencia (Beck, 2000).

Técnicas de relajación. Utilizadas con la finalidad de instruir al usuario en la discriminación de sus respuestas fisiológicas ansiosas y sus estados de relajación para que desarrolle la habilidad de controlarlos intencionalmente en situaciones que desencadenen dichas respuestas. La técnica más representativa es la desarrollada por Jacobson en 1938 basada en la tensión y distensión de grupos musculares o la totalidad de los mismos. Se caracteriza por ser dirigida por el terapeuta, quien sigue un orden en la serie de músculos a relajar (Kisner y Colby, 2010).

Técnicas de Auto-control. Conjunto de técnicas que pretenden instruir al usuario a modificar su propia conducta, comúnmente utilizadas en comportamientos que poseen consecuencias conflictivas, es decir, efectos inmediatos reforzantes pero castigantes a largo plazo. Su objetivo es sustituir ese patrón mediante la privación de reforzamiento inmediato. Dentro de estas técnicas se incluye el control de estímulos, auto-reforzamiento y auto-castigo, auto-monitoreo y entrenamiento en respuesta alternativa (Kadzin, 1978).

Técnicas emocionales. Este tipo de técnicas, si bien pueden incluirse dentro de las conductuales o las cognitivas, se distinguen por el hecho de que su objetivo se encamina a la identificación y manejo de las emociones que se han convertido en adversas y generan comportamientos desadaptativos.

Inducción de cólera. Práctica utilizada cuidadosamente con la finalidad de aliviar la tristeza del paciente. Se trata de inducir al paciente a que ante ciertas situaciones que generan tristeza ésta sea sustituida por un periodo corto de enojo, para después complementar con otra técnica de distracción. (Beck, Rush, Shaw y Emery , 1979).

Control de la ira. Se realiza con el objetivo de entrenar al usuario en el reconocimiento de la ira, así como en el aprendizaje de su expresión adaptativa. Se compone de tres etapas, en las que primeramente la persona es instruida acerca del desencadenamiento de la misma, sus determinantes y algunas técnicas para su regulación. Durante la segunda etapa, se instruye en el manejo de técnicas específicas de afrontamiento conductuales y cognitivas, como auto-instrucciones, relajación, comunicación verbal. Finalmente, se ponen en práctica de las técnicas aprendidas en situaciones de ira inducidas por el terapeuta (Slaikeu, 1990).

Distracción externa. Consiste en especificar alguna o algunas actividades a realizar en momentos de tristeza, ansiedad o frustración, tales como yoga, leer, jugar, cocinar, etc., para posteriormente pedir al individuo que compare su nivel emocional con el anterior a la actividad distractora y de esta manera reconocer la disminución temporal del sentimiento y la percepción de permanencia del mismo (Ellis, 1980).

Análisis de responsabilidad. Método utilizado para disminuir el sentimiento de culpa generado bajo la sobre-estimación de la responsabilidad de un suceso o de las consecuencias del mismo. Se busca descomponer en sus elementos la ocurrencia de un suceso para evidenciar los factores que lo determinaron mediante asignación de proporcionalidad (técnica de pastel) o colocar a la persona fuera del suceso e interrogar en relación a si la juzgaría de la misma manera que cuando está dentro de él, con el fin de evidenciar un doble juicio (técnica de doble estándar) (Burns, 1999).

Técnicas humorísticas. Utilizadas como distractoras o para descatastrofizar, aunque de efecto muy corto y únicamente se pueden ocupar con personas que sientan agrado por el humor. Consisten principalmente en hacer evidente la incongruencia del pensamiento disfuncional y la

emoción derivada del mismo mediante el uso de humor y ridiculización de los mismos (Ellis, 1980).

Técnicas cognitivas. Enfocadas a la modificación de los pensamientos y estructuras cognitivas disfuncionales.

Detención del pensamiento. Procedimiento de auto-control cuyo objetivo es la eliminación de pensamientos improductivos, irreales y que inhiben conductas deseadas. Se realiza mediante la identificación de los pensamientos disfuncionales específicos, para después detener de forma explícita mediante una señal verbal los mismos y después transferir esta tarea a un modo interno (en el pensamiento) (Buela-Casal, Sierra y Cano, 2001).

Reestructuración cognitiva. Su función es el cambio de creencias, expectativas, pensamiento, etc. Esta técnica ha derivado de la integración de varios supuestos y una de las estructuras más completas es la propuesta por Bas y Andrés (1994) que se encuentra compuesta de una forma muy sistemática por la identificación de ideas irracionales y distorsiones cognitivas, la evaluación de hechos a favor y en contra de éstas, consecuencias positivas y negativas relacionadas a su mantenimiento o cambio y la generación de pensamientos alternativos, así como la evaluación de los mismos.

Búsqueda de pensamientos alternativos. Método utilizado con la finalidad de que el individuo identifique sus problemas y como siguiente paso genere una serie de alternativas de solución, para de esta manera se percate que no existe una sola alternativa y que es totalmente capaz de generar demás opciones para resolverla, así como romper con la idea de que su vida se caracteriza por problemas de tipo irresolubles (Emery , 1985).

Exageración de la paradoja. Procedimiento en el cual el terapeuta incita al usuario a la realización de comportamientos al parecer opuestos con el tratamiento, con la finalidad de terminar o combatir las posibles resistencias presentes mediante la evidencia de que es catastrófico cuanto más se obsesione con su resolución y no se llegue a ella como se tenía pensado (Ellis y Bernard, 1990).

Reducción a lo absurdo. Técnica utilizada para evidenciar lo irracional de un pensamiento. Consiste en que el terapeuta acepte la premisa irracional del usuario como correcta, para posteriormente llevarla a su extremo lógico y así evidenciar lo absurdo e irrealizable de ésta (Harrel, Beiman y La Pointe, 1990).

Como puede verse cada una de las técnicas descritas tiene un propio objetivo y características diferenciales, no obstante, no son utilizadas de manera aislada, es decir, son complementarias unas de otras al ser integradas en un programa de intervención, que tiene un objetivo general que regula la aplicación de ellas.

Propuesta de intervención en la atención psicológica de padres y madres con recién nacidos en la UCIN.

Objetivo. Establecer una metodología base para la intervención psicológica con padres y madres que tengan internado a su recién nacido en la UCIN con la finalidad de reducir los efectos de dicha situación en la salud emocional marital e individual.

Justificación. La presente propuesta se fundamenta en la necesidad de brindar atención psicológica a una población mayormente joven y caracterizada por ser de nivel socioeconómico bajo, que enfrenta una situación de crisis ante la que no reciben ningún tipo de orientación y cuyas consecuencias, como se describió anteriormente, se centran en la percepción de la incapacidad de cuidado hacia el recién nacido, incertidumbre respecto al desarrollo del bebé, altos niveles de estrés

y ansiedad, así como en la posibilidad de desarrollar un estado de depresión, que de manera paralela, se deduce puede tener un efecto negativo en la relación marital (Lefkowitz, Baxt y Evans, 2010).

Diseño. El diseño de la intervención está compuesto por dos etapas en las que se intenta contener el quehacer del profesional de psicología en el ambiente hospitalario con la población anteriormente explicada. La primera parte está conformada por una estructura de intervención en crisis de primera instancia, basada en la propuesta por Slaikeu en 1990. Se sugiere esta primera intervención ya que la situación ante la que los padres y madres se ven enfrentados puede tener como consecuencia una crisis como es descrita por el mismo autor:

“...estado de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”...(pág. 16).

De esta manera, se pretende describir la participación del especialista en psicología en el primer contacto con el padre o madre que afronta de manera muy inestable o desproporcionada la situación presente. La segunda parte se enfoca en brindar una intervención más prolongada dirigida a la atención de las consecuencias psicológicas a largo plazo tales como un trastorno de TEPT, depresión o depresión post-parto basada en el modelo teórico cognitivo-conductual.

Intervención en crisis de primera instancia.

Objetivo específico. Identificar el tipo de crisis presente, afectación, así como el origen de la misma para orientar en la solución de la problemática y la selección de las medidas concretas hacia el afrontamiento más óptimo en el padre o madre en la UCIN.

Bajo el modelo de Slaikeu (1990), la intervención en crisis de primera instancia se lleva a cabo mediante un proceso compuesto por cinco elementos:

Contacto psicológico. Actividad centrada en invitar al padre o madre (quien presente la crisis) a hablar sobre lo que genera este estado y escuchar de manera activa la percepción de la situación presente, así como los sentimientos y pensamientos generados hacia la misma. Ante esta declaración, debe responderse de manera controlada, con el objetivo de generar en ellos la idea de ser escuchados, comprendidos, aceptados y apoyados.

Examen de la dimensión del problema. Identificación de aspectos de la vida de la madre o padre que están siendo afectados, así como las habilidades o deficiencias a las que se tiene acceso para afrontarla. Durante esta parte se cuestiona acerca del pasado inmediato de la situación, es decir, acerca del reciente nacimiento de su hijo, la razón de internamiento, las personas implicadas (en este caso la pareja); el presente, referido al impacto generado en el área conductual, afectiva, somática, en relaciones interpersonales y cognitiva, con el fin de identificar y jerarquizar las problemáticas que configuran la situación; y el futuro, cuestionando las decisiones necesarias en las siguientes horas. Dentro de esta misma etapa es prudente indagar el conocimiento de ambos padres acerca del diagnóstico del recién nacido, con la finalidad de aclarar cualquier duda e información errónea que puedan llegar a tener.

Exploración de soluciones. Posterior a la jerarquización de las problemáticas que percibe el padre o la madre se continúa con la generación de alternativas de solución para aquellas que se encuentran al alcance de ellos. Es sumamente importante diferenciar entre las situaciones que se pueden modificar y las que hacen necesaria la adquisición de habilidades para su afrontamiento. Como consecuencia del ambiente en el que se encuentran los parientes del recién nacido, puede tornarse complejo que la persona esté totalmente dispuesta a la ideación de una gran variedad de

soluciones, por lo que se hace necesaria la habilidad de quien interviene para su generación utilizando, por ejemplo, la historia de afrontamiento de la persona, la simulación en situaciones ficticias o el uso de modelos.

Elección de una acción concreta. Tras la diversas propuestas realizadas en el componente anterior, durante esta etapa el fin es la orientación hacia la que sea la mejor opción para enfrentar la crisis y se establece el procedimiento de la solución o soluciones escogidas. Un ejemplo sería el que la madre o padre presentara un cuadro ansioso tras la incertidumbre de la situación médica de su hijo, se generan una serie de posibles soluciones, por ejemplo, la búsqueda de información por cuenta propia acerca del padecimiento, agendar una cita con un especialista para aclarar dudas, aprender un breve ejercicio de respiración, etc. y finalmente, se jerarquizan las opciones en función de viabilidad, inversión y efectos beneficiosos.

Seguimiento. Finalmente, la persona que brinda la intervención en conjunto con el padre o madre, establecen el plan de acción y el registro de las metas del mismo, para que de esta manera ambos padres sean retroalimentados respecto a la ejecución y/o cumplimiento de expectativas y decidir continuar o no con una intervención psicológica de mayor extensión y profundidad.

Intervención psicoterapéutica.

Objetivo específico. Que el padre o madre que presente afectación psicológica como consecuencia del ingreso de su recién nacido en la UCIN desarrolle las habilidades o competencias necesarias para la reducción o eliminación de éstas mediante un procedimiento psicoterapéutico.

Evaluación de padre y madre del RN. Ésta se realiza antes, durante y posterior a la intervención mediante un proceso bien establecido; comienza con la realización de entrevista

clínica de la que se continúa con una serie de instrumentos a aplicar para una delimitación más precisa del problema y los hechos que se relacionan con él. Posteriormente, a lo largo de la intervención la evaluación se enfoca en los cambios derivados de la intervención, por lo que comúnmente son reaplicados los instrumentos utilizados al inicio.

Entrevista Clínica. Entrevista semiestructurada que busca la obtención de información general, tanto histórica como del momento de consulta, acerca de los datos sociodemográficos, el problema del paciente y sus características, para permitir la elaboración de metas a corto y largo plazo durante el tratamiento. Ésta abarca cuatro áreas fundamentales: afectiva, conductual, física y cognitiva; áreas establecidas para la realización del análisis funcional y el posterior tratamiento. Asimismo, cuestiona acerca de los posibles acontecimientos históricos relacionados con el desarrollo del problema, las situaciones que lo generan (estímulos discriminativos, instruccionales, facilitadores, variables potenciadoras), las consecuencias que lo mantienen o decrementan (reforzadores positivos, negativos, castigos, etc.) y su efecto en las relaciones sociales del individuo (Reynoso y Selingson, 2005).

En el caso de la entrevista realizada al padre y madre se hace indispensable poner mayor atención en factores muy específicos que, como se observó durante los anteriores capítulos, se encuentran altamente relacionados con el desarrollo de ansiedad y depresión en ambos. Estos indicadores se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Indicadores específicos a profundizar en la entrevista a padres y madres en la UCIN.

-
1. Nivel socioeconómico.
 2. Tipo de vivienda y recursos con los que cuenta.
 3. Ocupación de los padres.
 4. Nivel de estudios.
 5. Situación civil.
 6. Planificación del embarazo.
 7. Desarrollo del embarazo y parto.
 8. Percepción de la atención recibida en el hospital.
 9. Expectativas y planes acerca del recién nacido y el cambio de vida implicado. Creencias acerca de la situación médica del recién nacido, su futuro y el papel en la problemática como padre o madre.
 10. Historia familiar en relación a la presencia de depresión o un trastorno de ansiedad.
 11. Historia familiar en relación a padecimientos o muertes neonatales anteriores.
 12. Relación de pareja, así como los demás integrantes de la familia.
 13. Comunicación familiar.
 14. Estilos de afrontamiento del padre y la madre.
 15. Plan de acción con relación a la situación actual del recién nacido.
-

Cada uno de estos indicadores en conjunto con los ya establecidos en la entrevista clínica general permitirán identificar la pertinente evaluación mediante instrumentos para conocer algunas de las características del posible estado de estrés, ansiedad y/o depresión en cualquiera de los dos padres.

Aplicación de Instrumentos. El uso de instrumentos de evaluación se relaciona con la confirmación del problema identificado durante la entrevista y su nivel de afectación, así como la percepción de la propia persona acerca de los efectos que tiene sobre la situación que enfrenta.

Calleja (2011) indica que uno de los instrumentos estandarizados para la evaluación de población mexicana en ambiente hospitalario y que ha demostrado alta confiabilidad y validez en poblaciones inglesas, australianas y francesas (Jones, Skirrow, Griffiths, Humphris, Ingleby, Eddleston, Waldmann y Gager, 2004, Sweet y Mannix, 2012 y Pochard, Azoulay, Chevret, Lemaire, Hubert, Canoui, Grassin, Zittoun, le Gall, Dhainaut y Schlemmer, 2001), es la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS), construida por Zigmond y Znaith en 1983 y validada en 2004 con un grupo de mujeres mexicanas hospitalizadas en ginecología u oncología. Éste evalúa la presencia y severidad de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes hospitalizadas. La subescala de depresión mide la depresión anhedónica y la de ansiedad registra la experiencia de temor no fundamentado por una situación o circunstancia particular.

De manera más puntual, se encuentra la Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) que, como se mencionó en el capítulo uno, está enfocada a la evaluación de la percepción de los padres y madres que se encuentran en la UCIN acerca de sí mismo y la situación que viven. Esta escala, si bien no se ha estandarizado en población mexicana se ha comprobado su eficacia mediante varios estudios como los realizados por Busse, Stromgren, Thorngate y Thomas (2013) y Frank, Cox, Allen y Winter (2005), acerca de los factores relacionados con la depresión.

Finalmente, otra posible opción es el Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire Measure (PTSD-Q), instrumento descrito en el capítulo uno, utilizado para la detección del desarrollo

específico del EPT en padres y madres en la UCIN (Balluffi, Kassam-Adams, Tucker, Domínguez y Helfaer, 2004).

Elaboración del Análisis Funcional (AF). Este tipo de análisis parte del término funcional, que hace referencia al efecto en el contexto producido por una determinada conducta y la relación contingencial de dos variables. En función de estos dos hechos, el análisis funcional tiene como objetivo primordial el identificar y describir una determinada problemática (construcción de secuencias conductuales y de parámetros de conducta) y de ahí derivar en la formulación de modelos explicativos tentativos de la misma, hipótesis de mantenimiento y el tratamiento apropiado.

De acuerdo con Bravo y Mora (2014), el AF se realiza en función de la información obtenida acerca de las características del organismo (sexo, edad, estado civil, medicación, etc.) que puedan favorecer o entorpecer la intervención, la definición de la conducta de interés (motora, cognitiva-afectiva y fisiológica), la explicación de conductas antecedentes y consecuentes, la identificación de sucesos históricos y vitales estresantes relacionados con la conducta de interés, así como de las variables moduladoras (habilidades o déficits) y variables cognitivo-culturales, para así obtener la descripción de la secuencia de variables a atender, niveles de respuesta a modificar, los objetivos del tratamiento y descripción de las técnicas a utilizar, es decir, el programa de intervención.

Diseño del programa de intervención. La elaboración del programa de intervención deriva de la correcta evaluación realizada con anterioridad y se ha establecido el modelo explicativo de la conducta de interés. Como se mencionó, algunos elementos que deben ser considerados a la hora de la planificación del programa son las variables que se pretenden modificar (respuesta, consecuencia, antecedentes, etc.) y la temporalidad del mismo que puede

ser definida en función de la gravedad del problema, jerarquización de habilidades o la generación de adherencia. Bravo y Mora (2014) también proponen que éste debe de estar compuesto por:

Objetivos de intervención. Delimitación de metas terapéuticas entre terapeuta y usuario. Éstos se establecen en dos niveles: finales (final de la intervención) y específicos (etapas para llegar al objetivo final).

Procedimiento y/o técnicas a utilizar. Selección de estrategias y técnicas específicas a utilizar para la modificación de las variables identificadas como determinantes. Para la elección de las estrategias más efectivas es necesario tener varias consideraciones, como la referencia literaria, la experiencia con ellas, las características del usuario y el terapeuta, así como los recursos disponibles.

Actividades a realizar por sesión. Actividades realizadas por el terapeuta y el usuario que componen cada una de las técnicas elegidas.

Asignación de tareas. Establecimiento de actividades específicas fuera de la consulta que permiten tener acceso a conductas privadas, eficacia del tratamiento, mayor control percibido y transferencia del tratamiento.

Criterios de cambio. Requisitos a alcanzarse antes de pasar a otro objetivo específico, redactados comúnmente en términos cuantitativos.

Técnicas de evaluación. Estrategias para valorar el cumplimiento de los criterios de cambio como auto-registros, tareas en casa, cuestionarios, entrevistas a otros significativos, etcétera.

A continuación, se presentan las posibles áreas básicas a intervenir y la técnica principal que permitiría la intervención, teniendo como base la presencia de un trastorno de ansiedad o principios de depresión, puesto que como se describió, son las principales consecuencias en los padres y madres después de ser internado su recién nacido en la UCIN. Sin embargo, es indispensable resaltar que para cada una es necesario delimitar su alcance y especificidad en función de las características de cada caso atendido, así como las características individuales de los usuarios.

Psico-educación. Mediante ésta se pretende que la madre y el padre aclaren cualquier duda acerca del internamiento de su recién nacido, procedimientos, cuidados específicos, posibles consecuencias a corto y largo plazo. Se puede llevar a cabo mediante la explicación de la situación médica del recién nacido y los procedimientos a realizar (por el personal de salud), así como la lectura de bibliografía confiable, procurando que en ambas técnicas se utilice un lenguaje entendible para personas con formación educativa básica.

Entrenamiento en cuidados neonatales. El objetivo de este entrenamiento es la disminución de la percepción de incapacidad o desconocimiento del cuidado del recién nacido, durante y posterior a su estancia en la UCIN. En este caso, las técnicas de cuidado son las desempeñadas e instruidas principalmente por el personal de enfermería antes de la alta del bebé. Algunas técnicas indispensables son el baño del recién nacido, alimentación mediante lactancia materna o biberón, medicación, cambio de ropa, estimulación temprana, cuidados específicos en relación al diagnóstico, cuidados del cordón umbilical.

Entrenamiento en relajación. El fin de esta preparación es que los padres y madres aprendan a controlar sus respuestas corporales generadas ante las visitas a la UCIN o ante los reportes médicos acerca de su recién nacido mediante técnicas de relajación. Como se observó

anteriormente, una de las más utilizadas es la relajación progresiva de Jacobson. Sin embargo, para usos prácticos, teniendo en cuenta el tiempo al que se tiene acceso para el entrenamiento en estos casos, como son las breves estancias de los padres y madres en el hospital en sus visitas, se propone técnica de respiración diafragmática. Ésta se realiza mediante la relajación de los músculos abdominales (por medio de una inspiración profunda y espiración controlada) para una respiración profunda, que tiene como efecto la disminución de la estimulación nerviosa reflejada en el ritmo cardíaco y la tensión muscular (Kisner y Colby, 2010).

Entrenamiento en habilidades sociales o de comunicación. Dicho entrenamiento busca que la persona adquiera habilidades de comunicación para expresar sus necesidades y opiniones hacia su pareja en relación a la situación que juntos están viviendo, es decir, sentimientos de frustración, enojo, impotencia o culpabilidad que al ser expresado de la manera inadecuada pueden generar distanciamiento. Para el entrenamiento de habilidades sociales se propone el modelo estructurado por Caballo (1997), compuesto por técnicas de discriminación del tipo de comunicación (asertiva, agresiva y pasiva), conocimiento de los componentes de la comunicación asertiva, así como de técnicas de juegos de roles.

Reestructuración cognitiva. Dicho procedimiento tiene como fin que ambos padres identifiquen aquellos pensamientos disfuncionales relacionados al internamiento de su recién nacido en la UCIN y aprendan a sustituirlos por aquellos que les sean más funcionales para el afrontamiento de la situación. Como se explicó, este procedimiento se compone de varias técnicas que comienzan en el entrenamiento de la relación entre los pensamientos, las emociones, la activación fisiológica y la conducta, para después utilizar técnicas de discriminación de pensamientos disfuncionales y su evidencia, tales como la evaluación de hechos a favor y en contra de dichos pensamientos y visualización de consecuencias positivas y

negativas, de mantenerlos, para finalmente utilizar técnicas para su sustitución como la generación de pensamientos alternativos y la evaluación de los hechos a favor y en contra de los pensamientos alternativos.

Como se mencionó, el uso de cada de las estrategias debe de estructurarse a partir de la particularidad de cada usuario, sus habilidades o déficits, al tipo de relación de pareja, la o las conductas problema a modificar, etcétera. Es importante destacar que al ser una intervención dentro del ambiente hospitalario se caracteriza por la necesidad de optimización de tiempo, al no contar con amplia accesibilidad hacia los usuarios para la evaluación extensa o un lugar exclusivo de trabajo.

A lo largo del presente capítulo pudo observarse cómo es que tuvo lugar el enfoque teórico conocido como cognitivo-conductual, sus principales fundadores y teóricos, entendiendo que éste surgió de la unión de principios de varias posturas teóricas. Así mismo, pudieron identificarse los principales cambios sociales del siglo pasado que dieron lugar a considerar a la psicología como una parte fundamental en la atención dada a los temas de la salud-enfermedad, ya no sólo desde la actividad terapéutica sino como fuente de investigación acerca del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y parte activa en la atención primaria. Finalmente, se expuso la estructura que compone al enfoque para dar lugar a una propuesta desde el mismo que busca atender una importante problemática en un grupo específico de la población, como son los padres y madres que internan a su recién nacido por diversas situaciones en la UCIN y que hasta ahora no se ha buscado brindarles atención de manera directa.

CONCLUSIONES

Uno de los cambios de modo de vida más radicales tanto para el hombre como para la mujer es el momento en que tienen un hijo. Comúnmente éste es entendido como una etapa de felicidad e ilusión tanto por el padre, la madre y sus seres más allegados puesto que se generan un sinnúmero de expectativas respecto al momento de llegada como del mismo recién nacido. Sin embargo, muchas veces se dan lugar una serie de circunstancias que complican que estas expectativas se hagan realidad.

A lo largo del presente trabajo pudo observarse cómo es que repercute en los padres y madres la necesidad de internar a su recién nacido en la UCIN y cómo estas repercusiones representan una necesidad de atención a su salud emocional.

Como se vio, éste no es considerado como uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial puesto que no afecta a un porcentaje demasiado alto de la población en comparación con otros problemas de tipo médico. No obstante, fue posible comprender que el diagnóstico e intervención médica en el recién nacido transforman radicalmente la experiencia en un estado de tensión y conmoción ante la idea de incapacidad o impotencia para hacer frente a la situación y cuidar de manera adecuada a su bebé, pudiendo verse agravado este estado por diversos factores como son un nivel socioeconómico bajo, inestabilidad marital o ausencia de la pareja, la restricción del contacto en la UCIN, así como el trato con el cuerpo médico, entre otras cosas.

De esta manera se resalta la necesidad de estructurar atención orientada específicamente a madres y padres afectados por esta situación, por lo que el presente trabajo tuvo como objetivo la propuesta de un tratamiento psicológico desde el enfoque cognitivo-conductual en padres y madres cuyo recién nacido se encuentra dentro de la UCIN, tomando como referencia la

importancia dada a este tipo de intervención en otros trabajos con cuidadores o familiares de personas hospitalizadas por enfermedades crónico degenerativas como demencia (Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo, 2004) o cáncer (Rodríguez, Ruiz, Suárez y Restrepo, 2004).

Esta propuesta derivó de la revisión teórica de los síntomas relacionados con estrés, ansiedad y depresión que se presentan más frecuentemente en madres y padres tras el ingreso de su hijo(a) en la UCIN, haciendo hincapié en su prevalencia, así como su estudio y tratamiento psicológico a través de los años.

Se observó que los padres y madres reportan altos niveles de ansiedad y estrés provocados principalmente por la separación de su hijo(a) al ser internado y el poco contacto con él, la incertidumbre de su futuro, lo imprevisto de la situación, el desconocimiento del diagnóstico, las ideas de culpabilidad y la amenaza latente de la muerte del bebé pudiendo desencadenar TEPT sobre todo cuando existe ya un historial amplio de síntomas y conductas ansiosas y el embarazo o parto representa una experiencia altamente negativa (Frank, Cox, Allen y Winter, 2005).

En relación al estado depresivo se identificó que es más probable cuando se ha presentado anteriormente, pero que en este caso se relaciona más con la tristeza de no vivir de la manera idealizada la situación, que esté fuera de su control y la presencia de pensamientos de culpa e incapacidad para cuidar a su hijo(a) al ser dado de alta. Así mismo, se resaltó el hecho del aumento en la probabilidad de que se presente depresión post-parto (Gönülal, Yalaz, Altun-Köroğlu y Kültürsay, 2014).

La revisión de los distintos diagnósticos y tratamientos a los que es sometido el recién nacido cuando ingresa a cuidados intensivos también formó parte de revisión bibliográfica para la elaboración de la propuesta, bajo la premisa de ser los que enfrentan los padres y madres y estar relacionados con las consecuencias psicológicas anteriormente revisadas.

Se destaca que la prematuridad es la principal razón del internamiento del bebé y que de ella pueden derivarse otros padecimientos, como enfermedades respiratorias, neurológicas, cardíacas, infecciosas, etc., debido a su inmadurez biológica, siendo menor la esperanza de vida en función de la comorbilidad de éstas. Ante este tipo de complicaciones los procedimientos utilizados también ponen riesgo muchas veces la vida del bebé ya que algunos son altamente invasivos, como las intervenciones en corazón o pulmones, implican la exposición a diversas bacterias o virus en el hospital y puede que no haya una respuesta favorable por parte del paciente (Oestergaard, Inoue, Yoshida, Gore, Lawn, Mathers, 2011).

La complejidad de este tipo de tratamientos implica que madres y padres tomen decisiones de las que depende la vida de su hijo(a) y se infiere que esto los pone en estados de profunda preocupación, puesto que en muchas ocasiones desconocen sus beneficios o repercusiones. Esto permite resaltar la importancia de personal psicológico que dé información más clara (sin tecnicismos médicos) y amplía que la que en ocasiones tiene oportunidad de dar el cuerpo médico y al mismo tiempo se encargue de la observación y orientación en relación con la manera más óptima de afrontar la situación.

El último elemento considerado para la elaboración de la propuesta fue la revisión del modelo psicoterapéutico de la Terapia Cognitivo-Conductual, permitiendo comprender la formación del mismo, los supuestos teóricos que sostiene, siendo el principal la relación cíclica entre la percepción (pensamiento), la emoción, la conducta y el efecto en el ambiente como

explicación de la conducta humana y los padecimientos psicológicos, además de la base de las técnicas que han desarrollado. En función de este último elemento se fundamentan los componentes de la intervención propuesta y las técnicas que la constituyen, puesto que se ha comprobado que este enfoque tiene efectos positivos en su tratamiento a corto y largo plazo (Griffiths, Farrer y Christensen, 2010).

Si bien, esta propuesta tiene como objetivo presentar un modo de posible intervención en la población mencionada, es indispensable considerar que cada caso requiere de características específicas en su programa de intervención, puesto que los efectos emocionales son distintos en cada persona en función de su personalidad, características sociodemográficas, habilidades, creencias, etcétera.

Tras la revisión bibliográfica aquí realizada se resalta la necesidad de realizar investigación que tenga como objetivo estandarizar pruebas que permitan identificar la prevalencia de afecciones emocionales provocadas por la problemática mencionada, sus consecuencias en la pareja y la familia, así como los factores sociodemográficos relacionados específicamente en la población mexicana, ya que esta información es muy precaria y daría la oportunidad de estructurar la atención que necesitan de la mejor manera posible.

El análisis realizado acerca con base en la literatura relacionada con las consecuencias de tener un hijo(a) en la UCIN permitió identificar uno más de todos los ámbitos de acción que tiene la psicología clínica desde el campo de la Medicina conductual. Denota la necesidad de permitir el trabajo de psicólogos dentro de hospitales, no únicamente con este tipo de población, si no con demás poblaciones afectadas como ya se ha hecho con pacientes con cáncer, insuficiencia renal, hemofilia, etc. y sus familiares, siempre buscando brindar orientación adecuada a la mayor proporción posible.

REFERENCIAS

- Aguirre, A. (2008). Antopología de la depresión. *Mal-estar e Subjetividade-Fortaleza*.3,3, 563-601.
- Aftyka, A., Rybojad, B., Rozalska-Walaszek, I., Rzońca, P. y Humeniuk, E. (2014). Post-traumatic stress disorder in parents of children hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU): medical and demographic risk factors. *Psychiatria Danubina*. 24,6, 347-352.
- Aliverti, M. (2004). La Historia de la Depresión. En C. P. Salud, *La Depresión* (págs. 137-148). Madrid: Palabra.
- Almanza-Muñoz, J., Salas-Cruz, C. y Olivares-Morales, Á. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes púerperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista de Sanidad Militar México*. 65,3, 78-86.
- Álvarez, M., Caballero, A., Camarena, E., Colin, R., Becerra, M., Corona, F. y Chávez-León, E. (2008). *Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión*. México: MBM Impresora.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2004). Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*. 114, 5, 1341- 1347. Recuperado de 10.1542/peds.2004-1697.
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostical and statical manual of mental disorders. Fifth Edition*. Wasington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Marnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleicher, G., Bollaert, P., Darmon, M., Fassier, T., Garroustre-Orgeas, M., Goulenock,

- C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., Galliot, R., Larché, J., Liotier, J., Papazian, L., Poisson, C., Reignier, J., Saidi, F. y Schlemmer, B. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 171, 987-994.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. España: Días de Santos.
- Balluffi, A., Kassam-Adams, N., Tucker, M., Domínguez, T. y Helfaer, M. (2004). Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 5,6, 547-553.
- Balon, S. y Carmona, Y. (2014). Depresión: una propuesta de taller. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Balza, A. y Fernández, M. (2010). *El bebé prematuro en la sección de Neonatología del Hospital Universitario Donostia*. España: Ozakidetza.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*. 8,1, 23-50.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Beck, A. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. En A. Tuma y J. Maser, *Anxiety and the anxiety disorders*. (págs. 183-196). England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Board, R. (2004). Father Stress During a Child's Critical Care Hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*. 18, 244-249.
- Bobes, J., Bousaño, M., Gonzáles, M. y Saiz, P. (2001). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Barcelona: Masson.
- Bravo, C. y Mora, M. (2014). Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario. En L. Reynoso y L. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (págs. 102-128). México: Qartuppi.
- Brenes, J. y Rodríguez, O. (2005). Estrés y depresión: hipótesis neuroendócrinas. *Humanitas*, 1,1, 66-78.
- Buela-Casal, G., Sierra, J. y Cano, M. (2001). Evaluación y tratamiento de la depresión. En G. Buela-Casal y J. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (págs. 271-340). España: Biblioteca Nueva.
- Bulbea, A., Casquero, R., De Santiago, M., Del Cura, M., Díaz, P., Fontecha, M., García, A., García, J., Pereira, J., Pozo, M., Suárez, V., Tello, M. y Torralba, V. (2008). *Guía de*

- Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.* Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Burns, D. (1999). *El manual de ejercicios de sentirse bien.* México: Paidós.
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L. y Thomas K. (2013). Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse.* 33,4,52-59.
- Caballo, V. (1997). *Manual de evaluación y entrenamieno en habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1985-2005.* México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Campos, A., Cortés, V., Domínguez, L., Estrada, J., Galindo, Á., Ramírez, L., Velasco, J. y Villegas, R. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido.* México: Secretaría de salud.
- Cano, E. (2013). Estrés y ansiedad parental en la unidad de papel cuidados intesivos. El papel modulador de una intervención temprana. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Caroso, A. (2012). El estrés en los padres ante el nacimiento y la internación de un bebé nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.* 12-16.

- Cassem, N. (2000). Tratamiento farmacológico de la ansiedad. En N., Cassem (Ed.), *Massachusetts General Hospital: Manual de psiquiatría en hospitales generales*. Madrid: Elsevier España.
- Cattell, R. y Scheier, I. (1961). *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. Nueva York: Ronald (Traducción, Madrid: Pirámide).
- CENETEC. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la Asfixia Neonatal*. México: Secretaría de Salud.
- CENETEC. (2013). *Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Chacón, J. (2006). *Trastorno por estrés postraumático. Concepto, evidencias y tratamiento en el siglo XXI*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3602>.
- Coronell, W., Pérez, C., Guerrero, C. y Bustamante, H. (2009). Sepsis Neonatal. *Revista de Enfermedades de Infecciosas en Pediatría*. 23,90, 56-68.
- Cullen, P. y Salgado, E. (2009). Conceptos básicos para el manejo de la asfixia perinatal y la encefalopatía hipóxico-isquémica en el neonato. *Revista Mexicana de Pediatría*. 74,4, 174-180.
- De las Heras, E., Atienza, G. y Triñanes, Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade.

- Del Moral, T. y Bancalari, E. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Boletín de Pediatría*, 50,1, 39-42.
- Dois, A. (2012). Actualizaciones en Depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 38,4, 576-586.
- D'Zurilla, T. y Nezu, A. *Terapia de solución de problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. México: Paidós.
- Ellis, A. y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional-Emotiva (RET)? En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volúmen 2* (págs. 19-46). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Emery, (1985). Terapia Cognitiva: técnicas y aplicaciones. En A. Beck, *Trastornos de ansiedad y fobias*. España: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G. y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. En Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, B., Coto, F., Coto, G., Ramos, A. e Ibáñez, A. (2008). Sepsis del recién nacido. En S. E. Neonatología, *Protocolos de Neonatología* (págs. 189-206). España: Asociación Española de Pediatría.
- Fernández, J., Iturriza, A., Toro, J. y Valbuena, R. (2014). Depresión postparto valorada mediante la escala de Edimbugo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 74,4, 229-243.

- Fiorelli, S., Alfaro, H. y Cejudo, E. (2004). *Complicaciones médicas en el embarazo*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Florencia, M. (2007). Ventrículo Único: Cirugía de Glenn y Fontan. *Revista latinoamericana de tecnología extracorpórea*, 14,2, 7-25
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *Derechos de los Recién Nacidos Prematuros. Derecho 9: que sus familias los acompañen todo el tiempo*. UNICEF:Argentina.
- Frank, L., Cox, S., Allen, A. y Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*. 49,6, 608-615.
- Fransella, F. y Neimeyer, R. (2005). George Alexaner Kelly: The Man and his Theory. En F. Fransella (Ed.), *The Essential Practitioner's Handbook of Personal Construct Psychology* (págs. 3-13). Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Fuente, R. (1994). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Galimberti, M. (Febrero de 2012). *Recién nacido prematuro internado en unidad de cuidados intensivos neonatales, estrés maternal y modelos de intervención*. Recuperado de <http://www.centroippc.com>
- García, D. (2006). Causas de las Cardiopatías, factores de riesgo y prevención. En J. Santos (Ed.). *Manual para padres con niños con cardiopatía congénita* (págs.70-75). España: IMGRAF, S.L.
- García-Herrera, J. y Nogueras, V. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. España: Servicio Andaluz de Salud.

- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C. y Aceves-Gómez, M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 17,1, 32-39.
- Gönülal, D., Yalaz, M., Altun-Köroğlu, Ö y Kültürsay, N. (2014). Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 56, 171-176.
- González, F., Martín, M. y Grau, J. (2007). Instrumentos de medición para el estudio del estrés y el afrontamiento. En F. González (Eds.), *Instrumentos de evaluación psicológica* (págs. 218-263). La Habana: Ciencias Médicas.
- González, M., Caraballo, M., Guerrero, S. y Montenegro, S. (2006). Sepsis Neonatal y Prematurez. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 160, 22-28.
- González, M., Gil, P., Carrasco, I. y García, S. (2001). *Depresión: un enfoque gerontológico*. Madrid: 2010.
- Griegel, R. (1990). Proceso de la Terapia Racional-Emotiva. En A. Ellis y R. Griegel (Eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volúmen 2* (págs. 210-228). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Griffiths, K., Farrer, L. y Christensen, H. (2010). The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *The Medical Journal of Australia*. 192, 4-11.
- Group, P. M. (2011). Depresión entre padres de bebés en la UCIN. *MEDNAX*. Recuperado el 20 Octubre de agosto 2015 en http://www.pediatrix.com/workfiles/medicalaffairs/es/D2_sp.pdf

- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49, 2, 66-72.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Viseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) en una muestra no clínica. *Psicología y ciencia social*. 8, 2, 3-7.
- Harrel, T., Beiman, I. y La Pointe, K. (1990). Técnicas dinámicas de persuasión Cognitiva. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva. Volúmen 2* (págs. 229-236). España: Desclée de Brower.
- Hernández, N. (2013). Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. *Revista Psicología.com*, 1, 1-12. Recuperado de http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Hernandez_Nicolas.pdf
- Holditch-Davis, D., Bartlett, R., Blickman, A. y Shandor, M. (2003). Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants. *JOGNN Clinical Research*. 32, 161-171.
- Iriarte, A. y Carrión, M. (2013). Experiencias de los padres de grandes prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revisión sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas de Enfermería*, 16,2, 20-25.
- Jadresic, E. (2014). Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25, 6, 1019- 1028.
- Jaramillo, G., Hernández, A., Mosquera, W. y Durán, Á. (2013). Cirugía cardiovascular en cardiopatías congénitas neonatales. En V. Durán y R. Del Pilar (Eds.), *Correlación clínica-ecocardiográfica de siete patologías cardíacas prevalentes en la edad pediátrica: material didáctico* (págs. 165-171). Colombia: Universidad de Colombia.

- Jiménez, F., Loscetales, M., Martínez, A., Merced, M., Lanzarote, D., Macias, C. y Nieto, C. (2003). Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. *Vox Pediátrica*, 11,2, 27-33.
- Jofré, V. y Henríquez, E. (2002). Nivel de estrés de las madres con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal, hospital Guillermo Grant Benavente De Concepción. Concepción, 1999. *Ciencia y Enfermería*, 8,1, 31-36.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C. y Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*. 30,456-460.
- Joshep-Bravo, P. y De Gortari, P. (2007). El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje. *Biotecnología*, 14, 64-76.
- Jurado, S., Villegas, M., Médez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Revista Salud V*, 21,3, 26-31.
- Kadzin, E. (1978). Técnicas de Autocontrol. En E. Kadzin. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno
- Kelly, G. (1970). A brief introduction to personal construct theory. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in personal construct theory* (págs. 1-29). New York: Academic Press.
- Kisner, C y Colby, L. (2012). *Ejercicio Terapéutico*. México: Médica Paramericana.

- Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (2006). Introducción a la modificación y terapia de conducta. En F. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (págs. 31-47). Madrid: Pirámide.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Latorre, J. y Beniet, P. (1994). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Planeta.
- Lefkowitz, D., Baxt, C. y Evans, J. (2010). Prevalence and Correlates of Posttraumatic Stress and Postpartum Depression in Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 3, 230-237.
- León, L., Poudereux, M., Giménez, C. y Beláustegui, A. (2005). Sistema de intervención psicológica en unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros. *Mapfre Medicina*, 16,2, 130-139.
- López, J. y Valls, A. (2008). Síndrome de Dificultad Respiratoria. En S. E. Neonatología, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 305-310). España: Asociación Española de Pediatría.

- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*. 38,8, 701-708.
- Luque, R. y Berrios, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 40, 130-146.
- Madrid, A. y Restrepo, J. (2013). Cardiopatías Congénitas. *Revista Gastrohnp*. 15,1, S56-S72.
- Martínez, C. (2006). Depresión Postparto. (Tesis de licenciatura). Univesidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez, Y. (2015). Impacto del estrés en la salud y estrategias para afrontarlo. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculacion de Estrés*. Barcelona: Matínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1988). Teorías cognitivo-conductuales. En L. Steve y J. Garske (Eds.), *Psicoterpaias Contemporáneas. Modelos y Métodos* (págs. 331-362). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Mitjans, M. y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*. 40,2, 70-83.
- Mojica, G. (2013). Depresión Postparto. (Tesis de licenciatura). Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Molina, J. y Álvarez, G. (2012). Devenir de la tradición de pensamiento cognositiva. En G. Álvarez, J. Molina, Z. Monroy y Y. Bernal (Eds.), *Historia de la Psicología* (págs. 1-70). México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- Montesó-Curto, P., Ferré-Grau, C., Leixà-Fortuño, M., Albacar, N. y Espuny-Vidal, C. (2011). Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*. 16, 1-22.
- Moos, D. (2003). The Anxiety Disorders. En D. Moss, A. McGrady, T. Davis, y I. Wickramasekera, (Eds.), *Handbook of Mind Body Medicine for Primary Care* (págs.137-149). Thousan Oaks, CA: Sage.
- Navlet, M. (2012). Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Oestergaard, M., Inoue, M., Yoshida, S., Mahanani, W., Gore, F., Cousens, S., Lawn, J. y Mathers, C. (2011). Neonatal mortality levels for 193 countries in 2009 with trends since 1990: a systematic analysis of progress, projections, and priorities. *Plos Medicine*. Recuperado 10.1371/journal.pmed.1001080.
- Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 96, 35-41.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Nacimientos prematuros. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

- Palacios, L. y Heinze, G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte). *Salud Mental*. 25,5, 61-71.
- Pérez, R., López, C., y Rodríguez, A. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70, 4, 299-303.
- Pintos, P. (2009). *Plan único de especializaciones médicas en neonatología*. México: UNAM.
- Pochard, F., Azoulay, E., Chevret, S., Lemaire, F., Hubert, P., Canoui, P., Grassin, M., Zittoun, R., le Gall, J. R., Dhainaut, J. F. y Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Medicine*. 29,10,1893-1897.
- Quero, M. y Sánchez, I. (2006). Clasificación y descripción de cardiopatías congénitas. En J. Santos (Ed.), *Manual para padres con niños con cardiopatía congénita* (págs.76-106). España: IMGRAF, S.L.
- Rellán, S., García, C. y Paz, M. (2008). El recién Nacido prematuro. En S. E. Neonatología, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 68-77). España: Asociación de Pediatría.
- Reyes-Ticas, J. (2005). Trastornos de ansiedad. Guía práctica para el diagnóstico y tratamiento. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Eds), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (págs. 11-27). México: Qartuppi.

- Reynoso, L. y Selingson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un Enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Rite, S., Fernández, J., Echániz, I., Botet, F., Herranz, G., Moreno, J., Salguero, E. y Sánchez, L. (2013). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Asociación Española de Pediatría. Elsevier España*. 79,1, 51e1-51-11.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. 26,4, 289-295.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1,1, 5-12.
- Rodríguez, A., Ruiz, R., Suárez, R. y Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 90-101.
- Romera, G. y Zunzunegui, J. (2008). Recién nacido con sospecha de cardiopatía congénita. En S. E. Neonatología, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (págs. 346-352). España: Asociación Española de Pediatría.
- Romero, L. (2009). Trastornos de Ansiedad. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ruiz, L. (2004). *El bebé prematuro y sus padres: creación de un programa de intervención psicológico implementado en las unidades de cuidados intensivos neonatales*. Argentina: Mió y Dávila.

- Salgado-Madrid, M., Mo-Carrascal, J. y Monterrosa-Castro, Á. (2013). Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Revista Ciencias Biomédicas*, 4,2, 318-326.
- San, L. y Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. España: Amat.
- Sánchez, J. y Palacios, A. (2007). Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y postparto. *Matronas Profesión*, 8, 1, 12-19.
- Santiago, O. (2014). Morbilidad y mortalidad de recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos del hospital de especialidades del niño y la mujer. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- Santos, J. (2006). *Manual para padres con niños con caridopatía congénita*. España: IMGRAF, S.L.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48.
- Shaw, R., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., Fleisher, B. y Koopma, C. (2006). Acute Stress Disorder Among Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. *Psychosomatics*, 47,3, 206-212.
- Sierra, C., Buela-Casal, G. y Paz, M. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. En G. Buela-Casal y C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (págs. 220-270). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sierra, C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade-Fortaleza*, 1,3, 10-59.

- Slaikeu, K. (1990). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Spielberger, C. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. Spielberger (Ed.), *Anxiety: current trends in theory an research*. (pp. 24- 54). New York: ACADEMIC PRESS.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Swee, L. y Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 15,2,8-16.
- Tejerina, H. (2007). Asfixia Neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*. 46,2, 145-50.
- Turon-Viñas, A., Riverola-de Veciana, A., Moreno-Hernando, J., Bartrons-Casas, J., Prada-Martínez, F., Mayol-Gómez, J. y Caffarena-Calvar, J. (2014). Características y evolución de la transposición de grandes vasos en el periodo neonatal. *Revista Española de Cardiología*. 67,2, 114-119
- Velázquez. (2001). *Psicología de la salud: estrés y afrontamiento*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ventura, R., Bravo, T. y Hernández, S. (2005). Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 34, 4. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v34n4/mil09405.pdf>

Weiss, D. y Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. En J. Wilson y T. Keane (Eds.), *Assesing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York: Guildford Press.