



**ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

Clave 3079-25

"Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital
Infantil de México Federico Gómez:

***Intervención psicológica desde la perspectiva de la satisfacción familiar y
su relación con los niveles de ansiedad y depresión en madres con hij@s
internados"***

T E S I S

Que para obtener el Título de Licenciado en psicología:

P R E S E N T A

Olmo Espinosa Ortiz

Director de tesis:

M. en C. Carlos Tobías Rodríguez Salazar

Ciudad de México 2017



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.

AGRADECIMIENTOS

Mamá: Gracias por estar siempre a mi lado, brindarme tu apoyo, tus conocimientos y tu amor. Eres la mejor persona del mundo.

Papá y Bren: A ustedes por sus aportaciones, cuestionamientos y sus enseñanzas, gracias.

Manuel: Te agradezco por estar junto a mi siempre, por tus consejos, por tu ayuda, tu honestidad, eres un gran ejemplo a seguir.

Familia: Son la mejor familia del mundo, gracias por el apoyo que me han brindado en todo momento.

Directora y Maestros: Por brindarme todas sus enseñanzas, por mi formación profesional y más.

Director de tesis, Carlos Tobías Rodríguez Salazar: Gracias por su apoyo su compromiso y por brindarme la oportunidad de realizar esta tesis junto

Mis compañeros: A mi maniz Andrea por acompañarme en este pequeño viaje de cuatro años y una amistad que perdurará siempre, Leslie que es una estrella en el cielo y a mis demás compañeros que han influido en mi.

Psicólogo César Ortiz: Gracias César por brindarme la oportunidad de incluirme en tu espacio de trabajo, por enseñarme muchas cosas, tanto en el ámbito profesional como en el personal, por ser un gran maestro y amigo.

Psicóloga Alejandra Hernández: Gracias a usted por sus conocimientos y aportaciones a la tesis.

Gaby, Nathy, Yola: Gracias por su amistad, por todo su apoyo, me han enseñado mucho y he compartido momentos muy valiosos con ustedes.

Personal del Departamento de Neonatología: Gracias por su compromiso y apoyo.

Andrés: Gracias por presencia, ha sido fundamental en mi formación.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL ESPACIO DE TRABAJO	7
1.2 INTERVENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CON LAS MADRES DE UCIN	10
1.3 SÍNTESIS E INTERPRETACIÓN DE UNA EXPERIENCIA	12
CAPÍTULO 2. ENFOQUES CLÍNICOS PARA LA INTERVENCIÓN	19
2.1 PSICODINÁMICO	20
2.2 SISTÉMICO	29
2.3 COGNITIVO- CONDUCTUAL	32
2.4 INTERVENCIÓN EN CRISIS	37
2.5 MANEJO DEL DUELO	41
CAPÍTULO 3. ENCUADRE DE CONCEPTOS Y PROCESOS TÉCNICOS	46
3.1 PROBLEMÁTICA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN	46
3.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	46
3.2.1 SATISFACCIÓN FAMILIAR	47
3.2.2 ANSIEDAD	50
3.2.3 DEPRESIÓN	53
3.3 DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN FAMILIAR, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	56
3.4 POBLACIÓN, PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS	58
3.5 ÉTICA DEL PSICÓLOGO	69
CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	72
CONCLUSIONES	89
DOCUMENTOS DE CONSULTA	93
ANEXOS	98

Introducción

“Lo humano no es sólo la costumbre. Hay, junto a ella, lo desacostumbrado, lo insólito, lo único. Es más, la costumbre presupone la acción original, creadora e inaudita que va a convertirse y degradarse en uso.”
(Ortega y Gasset)

La presente investigación es resultado de la participación del autor, en su calidad de psicólogo, como prestador de servicio social en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG). Esta experiencia hizo posible dimensionar la importancia y trascendencia de la intervención psicológica en hospitales para poder apoyar, con estrategias y técnicas validadas, a los padres de pacientes internados, por la condición en que se encuentran, derivada de las enfermedades que padecen.

En este sentido, quizá se nos permita asegurar que, de acuerdo con las creencias y tradiciones dentro del ámbito familiar y por la influencia del contexto sociocultural, comúnmente se crean múltiples, anhelantes y prometedoras expectativas cuando un nuevo miembro está por nacer, los integrantes cercanos a los padres se involucran afectivamente y contribuyen, de una u otra forma, proporcionando lo que se requiera para procurar el bienestar de los padres y del ser que viene en camino, momento que representa, en conjunto, lo que pudiéramos denominar una “esperanza”.

“Existen varios sinónimos para esperanza: promesa, expectativa, anticipación, pero la mayoría no transmiten el significado que le hemos dado a la esperanza como deseo de unas mejores condiciones de vida en una situación ambigua pero difícil”. (Lazarus y Lazarus, 2000 p 100)

No obstante, también cabe considerar que en esta situación se lleguen a contemplar, aunque discretamente o sólo en el pensamiento no expresado, ideas acerca de que algo pudiera no resultar del modo en que se esperaba, por posibles complicaciones en términos de salud o por la situación económica, sin embargo, estas ideas por lo regular se desechan o pasan a un segundo plano en importancia ante la ilusión y esperanza que representa el ser que está por llegar.

Sin embargo, cuando se da el caso de que el neonato nazca con algún problema de salud, en alguna medida grave y deteriorante, o lo presente a los pocos días de haber nacido, la familia recibe el impacto de una situación con la que debe reestructurarse en las nuevas circunstancias existenciales, tanto en lo económico, sentimental, emocional y cognitivo, como en el núcleo básico de sus interacciones y comunicación, esto con la

finalidad de brindar el apoyo requerido por los padres y para el hijo que nace con o bien desarrolla esa condición caracterizada por la enfermedad de manera inmediata descolocando al sujeto de una dicha máxima o una incertidumbre angustiante.

Tal situación de enfermedad genera momentos de incertidumbre, confusión, dolor y de exigencias demandantes para poder proporcionar las atenciones necesarias; en esta experiencia existencial, vivenciada de manera inmediata por los padres del neonato enfermo, llega a ser fundamental contar con el apoyo de la familia nuclear, es decir los abuelos y hermanos, para encarar los diversos incidentes, propios de la situación que se vive. Ante tales vicisitudes, suele suceder que dicho apoyo no siempre se presenta, implicando con ésto que los padres lleguen a experimentar y padecer periodos de ansiedad, depresión, culpa y conflicto.

“La ansiedad-miedo, la culpa y la vergüenza son emociones existenciales porque las amenazas en que se basan tienen que ver con significados e ideas sobre quiénes somos, nuestro lugar en el mundo, la vida y la muerte, y la calidad de nuestra existencia [...] La pérdida y la necesidad de encontrar una identidad nueva frecuentemente implican un grave trauma, que es posible que dé como resultado la ansiedad”.
(Lazarus y Lazarus, 2000 p 110-63)

En este orden de ideas, la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es una de las salas en donde se encuentran los recién nacidos en un estado crítico, por haber nacido de manera prematura, o bien por padecer alguna enfermedad congénita o hereditaria; estos niños han sido canalizados, para su atención, de otros hospitales que no cuentan con los servicios especializados que proporciona el hospital, esperando cubrir necesidades de diversa índole para compensar, de algún modo, la situación en que se encuentran.

Esta unidad es el sitio en donde se realizan los múltiples estudios que sirven de base para elaborar diagnósticos y definir los diversos tratamientos que serán administrados a los pacientes. Corresponde a su personal especializado informar a los padres acerca de la condición de su hijo, de los tratamientos y avances; de igual modo, se les instruye con respecto a la forma en la que ellos deben colaborar, considerando las necesidades y requerimientos que se vayan presentando.

Un aspecto a cubrir, dado que resulta conveniente y además pertinente por el proceso en el que se encuentran involucrados, es que a los padres se les proporcione atención psicológica especializada y estrategias de apoyo efectivo, promoviendo el que cuenten con herramientas para encarar, comprender y aceptar en su complejidad, la situación por la que atraviesan, desarrollando habilidades para permitirles el manejo y control de sus emociones, en el claro entendido y respeto de todas las vivencias que llegan a experimentar, tanto por las características deteriorantes de la enfermedad como por el riesgo que corre la vida de su hijo o hija.

En este sentido, el hospital cuenta con los servicios del departamento de psicología, hecho en el que hacemos un especial énfasis porque es el medio a través del cual el psicólogo puede consolidarse, en su área de trabajo, como figura imprescindible en la atención a la problemática que afecte a los familiares con pacientes hospitalizados, comprometiéndose a proporcionar este servicio y cubriéndolo de manera:

- ❖ **Ética** para asegurar honestidad, respeto, empatía, confianza y responsabilidad;
- ❖ **Oportuna**, contribuyendo con sus aportaciones, de manera inmediata, en situaciones de crisis;
- ❖ **Efectiva**, en la obtención de resultados favorables, que beneficien al usuario y;
- ❖ **Profesional**, es decir, con calidad en la intervención y en la validez de los encuadres de referencia, técnicas y procedimientos que emplea.

Ante tal contexto se ubican los planteamientos y propuesta desarrollados en esta tesis, cuyo propósito fundamental radica en ponderar la necesidad de que el psicólogo construya, desde su formación disciplinar específica y con su quehacer profesional, espacios de participación en un área para la cual, su intervención a nivel clínico en el ámbito médico hospitalario demanda aceptación y reconocimiento, por los apoyos que, no se tiene la menor duda, puede proporcionar en los procesos que viven, tanto los familiares del paciente, como el paciente mismo, aún tratándose de un neonato que requiere sentir el afecto materno.

Desde esta perspectiva, nos permitimos retomar la idea de la esperanza, ahora con una aportación adicional, que deriva de las ideas expuestas anteriormente: “El significado personal de la esperanza es que uno cree que existe una posibilidad de que las cosas mejoren, no importa lo sombrías que puedan parecer en el momento actual. La trama argumental de la esperanza es, por lo tanto, temer lo peor pero anhelar lo mejor [...] La esperanza se ve como constructora de fortaleza. Cuando se utiliza para implicar fe en el futuro, la fe se puede equiparar con la esperanza”. (Lazarus y Lazarus, 2000 p 101-103)

Con respecto a las modalidades de este estudio especificamos que incluye, en su metodología, un análisis de tipo correlacional, basado en la información requerida por el departamento de psicología de la UCIN y que será considerado solo como un referente estadístico mínimo, sin ser la intención desarrollar un estudio de este corte. La información fue recopilada a través del llenado de los siguientes cuestionarios:

- Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)
- Ansiedad (IDARE) y
- Depresión (BECK)

Con estos instrumentos se pretende indagar la satisfacción familiar y qué tanto se encuentra relacionada con el manejo, adecuado o no, de los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tienen internado un hijo en la UCIN.

En una dimensión teórico-conceptual-procedimental, cabe aclarar que no fue construida de manera exhaustiva sino abordando tan solo tópicos específicos en cada caso, se proponen tres enfoques empleados en psicología, con la pretensión de integrar un marco referencial mínimo que sirva de plataforma y anclaje para la interpretación y la intervención de los diversos aspectos derivados, en cuanto a los procesos psicológicos se refiere, de la problemática generada en la población que se atiende.

Conviene enfatizar que asumimos la complejidad del universo de las aportaciones de la psicología, por lo que, la decisión de seleccionar los siguientes enfoques no fue tarea fácil, pero si pensada, con una perspectiva que fue definida y construida en función de las necesidades detectadas para la organización hospitalaria.

En un abordaje metodológico cualitativo la narrativa de la experiencia del autor de esta tesis, como prestador de servicio social, esperamos, ilustre algunos de los componentes que consideramos más significativos del trabajo psicológico con pacientes derivados del área de atención médica, los cuales requieren, por las secuelas de la enfermedad, atención en los niveles emocional, cognitivo, actitudinal y existencial, además de apoyo para diversas manifestaciones de su comportamiento, por las cuales se encuentran problematizados.

Cuando pensamos en cualquier realidad u objeto, al percibirlos, lo hacemos desde un determinado universo de significados que han formado en nosotros una cierta imagen acerca de sus características, sus funciones, los puntos de contacto que tiene con nuestros intereses, los beneficios que nos puede prestar, su sentido social, etc. Todas esas connotaciones son huellas que proceden de experiencias relacionadas con la realidad u objeto de que se trate que se nutren en el seno de diferentes tradiciones culturales. (Gimeno Sacristán, 2002 p 11)

Para cumplir con el cometido en esta investigación, en el capítulo uno se describe el espacio de trabajo, en cuanto a los tópicos que están principalmente relacionados con su administración y operación como parte de la unidad hospitalaria. Así mismo se presentan, de manera general, las características logísticas y la normatividad que definen y regulan la intervención del departamento de psicología en su trabajo con las madres de UCIN.

Todo lo expuesto al inicio del capítulo tiene la intención de circunscribir y ponderar, como apartado final, la narrativa de incidentes significativos de la experiencia del autor como prestador de servicio social, esperando resulte ilustrativo relatar el modo en que el impacto de lo vivenciado resulta formativo en los planos personal y profesional, sobre

todo en un momento tan singular de la preparación en la escuela, combinando la teoría estudiada en las aulas con el servicio social. Esto lo hacemos en el entendido de que *“no percibimos el mundo sólo en función de esquemas mentales y de experiencias pasadas, sino que también lo entendemos en relación con nuestros proyectos y deseos.”* (Gimeno Sacristán, 2002 p 11)

En el capítulo dos se exponen, con la expectativa de tan solo perfilar perspectivas teóricas con una tendencia práctica, es decir, para poder aplicarlas y no sólo revisarlas exhaustivamente en sus amplios contenidos, cinco enfoques clínicos de análisis e intervención, ya que con ellos se sustenta el abordaje de los terapeutas con la población atendida, se reitera, sólo como plataforma de análisis y anclaje para la interpretación, obviando que existen muchas otras propuestas.

El capítulo tres contiene la metodología cuantitativa empleada solo con la finalidad de responder a los requerimientos estadísticos del hospital presentar evidencia de la relación existente entre los tópicos analizados, que incluye; la delimitación del problema, los objetivos e hipótesis; la definición de las variables de investigación (satisfacción familiar, ansiedad y depresión); las características de la población, la muestra, el procedimiento y, consecuentemente, los resultados que se obtuvieron.

En un apartado final se presentan elementos que conforman la ética del psicólogo, como muestra de la importancia y obligatoriedad, desde una figura simbólica concebida como el deber ser profesional, de conducirse por esta vía, de manera congruente, pertinente y fundamentada, para asegurar la calidad del trabajo desarrollado y de los resultados obtenidos.

Finalmente, se formula una propuesta de intervención, estructurada con la realización de talleres puesto que representan una modalidad psicopedagógica en la que se construyen referentes y se colabora-, para el involucramiento de los padres en la atención de la problemática que se desarrolla durante el proceso que viven.

Quede pues lo aquí expuesto para que sirva, en su interpretación y debate, como un intento de aportación a un ámbito de intervención, y de reflexión, que se redimensiona constantemente.

Capítulo 1. Ámbito de la intervención

“Cuando lo subjetivo del sujeto se contempla en el único espejo admisible -el mundo, la vida- y se reconoce solo pero multiplicado en mil voces, entonces la subjetividad puede resignar toda inhibición, todo pudor y disfrutar, ostentar su desnudez”. (Gregorio Kaminsky)

Se espera sea permitido proponer, aunque no sea abordado en este trabajo de tesis, tan solo en un plano especulativo y como un tópico de indagación o elemento de reflexión, el carácter que asume la práctica psicológica en el ámbito hospitalario como “espacio de poder y dominio” de los médicos.

En este sentido, suponemos, quizá resulte común encontrar condiciones en los hospitales en las que prevalece, pareciera por una especie de “inercia cultural” que se ha convertido en tradición por los diversos sujetos-actores que conforman las instituciones de salud -principalmente por las actitudes de los médicos-, la subordinación, desacreditación y hasta desvalorización del trabajo que implementa el psicólogo, por considerarlo “de segundo orden”, siendo prioritaria el área en la que ellos, como médicos, intervienen.

Posiblemente no resulte exagerado lo que dice Franco y Franca Basaglia en el sentido de que el médico en su papel *“funciona como una forma de dominio y de distancia”* con respecto a quienes asisten, creando condiciones en las que *“la ruptura del binomio saber-poder, actualmente automático e inseparable en el papel del médico, es la única alternativa a la perpetuación de esta distancia y de este dominio”*. (1977, p 32)

Esta situación, en lugar de desalentar debe representar un reto profesional para que se conquiste un espacio que merece ser reclamado por el psicólogo como apropiado para implementar una intervención efectiva que aporte beneficios al modo en el que encaran los avatares de su existencia, en circunstancias adversas, los usuarios de sus servicios.

Esta situación, producida en gran medida por ignorancia en la formación profesional, quizá también ética, de muchos médicos, implica que la intervención del psicólogo se realice bajo la perspectiva de la necesidad del reconocimiento, aceptación y valoración de su trabajo, evidentemente conquistándolo con resultados efectivos, derivados de su intervención profesional con calidad.

Tal propósito sólo podrá lograrse, se reitera, con la obtención de resultados efectivos que beneficien al usuario, permitiendo así consolidar en la práctica, es decir, por su actuación basada en un conocimiento científico, teórico, técnico y procedimentalmente

validado, la figura del psicólogo como colega y colaborador indispensable de un equipo de trabajo conformado para proporcionar una atención integral al paciente en el área de la salud, evidentemente en el nivel de su competencia, el cual no puede ser abordado por ningún otro especialista; no obstante, reiteramos, solo bajo la condición de la colaboración entre profesionales.

Lo señalado con anterioridad, nos hace pensar en el privilegio y en el compromiso que implica la participación del psicólogo en el ámbito hospitalario, sea formando parte del personal contratado por la institución o como prestador de servicio social, porque en su trabajo son “pioneros” que se aventuran en la construcción de un área de intervención que en el corto, mediano o largo plazo estará dejando constancia de su importancia y trascendencia.

1.1 Descripción del espacio de trabajo

“La verdadera racionalidad, abierta por naturaleza, dialoga con una realidad que se le resiste. Ella opera un ir y venir incesante entre la instancia lógica y la instancia empírica; es el fruto del debate argumentado de las ideas y no la propiedad de un sistema de ideas. Un racionalismo que ignora los seres, la subjetividad, la afectividad y la vida es irracional. La racionalidad debe reconocer el lado del afecto, del amor, del arrepentimiento”. (Edgar Morin)

Al permanecer un periodo de tiempo en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) se hizo posible conocer las distintas áreas de intervención por parte de los psicólogos como son:

- ✓ El Servicio de Ortopedia Pediátrica
- ✓ Clínica de Prevención de Maltrato Infantil
- ✓ Clínica de Trastornos Alimenticios
- ✓ Servicio de Neonatología.

Este Hospital cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que recibe un promedio de 20 a 25 bebés de nuevo ingreso mensualmente, cada uno de los cuales padece distintas patologías, razón por la que se les proporciona un tratamiento médico-psicológico especializado y personalizado.

Los neonatos que ingresan en la UCIN son extremadamente prematuros, de muy bajo peso o con patologías graves, críticas y deteriorantes; su condición de salud resulta amenazada constantemente, por lo que requieren atención inmediata y supervisión, que deben ser continuas y permanentes, para atender cualquier emergencia o contingencia no previstas. Los pacientes ingresan para recibir un pronto diagnóstico, al cubrirse esta instancia sigue la posterior administración del tratamiento prescrito por el personal médico.

En función de las afecciones que presentan los pacientes serán atendidos por neonatólogos, residentes médicos y por el personal de enfermería, quienes cuentan con maquinaria especializada para proporcionar una mejor atención.

La UCIN es una sala que se distingue por tener una intensa actividad a todas horas, además de existir poca privacidad para los enfermos y escucharse una serie de sonidos permanentes, los cuales se deben al equipo requerido para la atención; esta caracterización conviene tomarla en cuenta para considerar el modo en que puede influir en los niveles de ansiedad o en generar estados de tensión afectiva y conflictos en los familiares de los pacientes.

Los cuidadores primarios, cabe decir que en la mayoría de los casos son las madres, experimentan, a lo largo del proceso de internación y con el consecuente estado de salud de sus hijos, distintas reacciones emocionales, en función de cómo asumen las circunstancias que están viviendo como resultado de la enfermedad de sus hijos, la cual los mantiene en riesgo constante de muerte.

En este sentido, la UCIN se distingue por una situación cambiante, debido a las noticias que surgen de un momento a otro sobre el estado de salud de los neonatos; esto no sólo causa en los padres una tensión física sino también emocional, dado que, por su condición, los neonatos oscilan de una situación en la que se espera su recuperación a otra en la que su muerte puede presentarse en cualquier momento.

Ante tales circunstancias es que se provee el servicio de atención psicológica, correspondiendo al autor de esta tesis, en su labor como prestador de servicio social, el trabajo de valoración y apoyo con la consulta externa; es aquí donde se da seguimiento a los niños de dos años en adelante que formaron parte, en algún momento, de la atención en la UCIN. Al respecto, la operación del servicio se desarrollaba bajo los siguientes lineamientos:

➤ **En el servicio de neonatología**

- Entrevista. Estrategia con la que se establece el motivo de consulta, la operacionalización del problema, la formulación de los objetivos, el examen mental y el familiograma.
- Valoraciones de Desarrollo. Con el uso de pruebas diagnósticas y Tamiz.
- Aplicación de una Batería Psicológica pertinente al caso (WPPSI, WISC RM, Bender, Figura de Rey, DFH y Familia).
- Se elabora e implementa un plan de trabajo y se brinda seguimiento.

➤ **Hospitalización.** En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) solo se trabaja con padres y se contemplan las siguientes áreas:

- Intervención en crisis.
- Manejo emocional y orientación de padres debido al diagnóstico.
- Manejo de grupo psicoeducativo de padres con pacientes en la UCIN.

Esta investigación se enfoca en el trabajo con los padres, en especial con las madres, ya que en el período de duración del servicio social, las madres son las que más tiempo pasan en la UCIN.

La espera y la llegada de un miembro de la familia implica una valoración social, el recién nacido es recibido como "parte de la familia" pero cuando un niño nace con ciertos problemas genéticos o congénitos se puede observar a la madre en un estado psicológico-existencial no favorecedor. En la familia acontece una transfiguración del imaginario y comienza la incertidumbre por las nuevas circunstancias que aparecen con la condición que presenta el neonato.

El nacimiento de un nuevo integrante de la familia es un proceso en donde se crean expectativas, sin embargo, en ocasiones se torna complicado y hasta con un cierto nivel de complejidad debido a que tanto la madre como el bebé experimentan cambios físicos y emocionales, sobre todo cuando la situación que enfrentan no es como la habían visualizado.

En la sala se encuentran niños con enfermedades críticas, que deterioran paulatina o súbitamente su salud; en este sector, el psicólogo intenta tanto promover como favorecer procesos que contribuyan a lograr un estado de bienestar, en ocasiones sólo

en un nivel compensatorio, de las madres, padres y sus familiares, atendiendo las necesidades psíquico-existenciales más urgentes.

Por las variadas experiencias, contrastantes y adversas, que las madres enfrentan con sus hijos ingresados en la UCIN, es factible que demuestren en su comportamiento que se vuelven vulnerables emocional y afectivamente, por lo que son en alguna medida susceptibles a la adquisición de problemáticas familiares que repercuten en el apego que desarrollan con el neonato; esto, además, supone la aparición de estados de ansiedad y depresión debidas al pronóstico del médico y, regularmente, por la poca información que se les proporciona.

La mayoría de los pacientes que se atienden en el Hospital Infantil de México Federico Gómez HIMFG provienen de estratos económicos caracterizados por un bajo ingreso; por esta razón, las familias solo pagan una cuota simbólica que va de acuerdo con su nivel de ingreso mensual. Los pacientes acuden de toda la República Mexicana, aunque en su mayoría pertenecen al área metropolitana de la Ciudad de México y estados del sur del país.

1.2 Intervención del departamento de psicología con las madres de UCIN

“...no me arrepiento de haber empleado, varias veces (aunque de una manera todavía un poco a ciegas), el término de positividad para designar de lejos la madeja que trataba de desenredar”. (Michel Foucault)

Una vez que el derechohabiente es admitido en la UCIN el departamento de Trabajo Social canaliza a las madres, y en ocasiones a la familia, para que reciban atención en el departamento de psicología. Los familiares tienen la opción de asistir a pláticas que coordina y conduce un equipo interdisciplinario conformado por médicos y psicólogos; en estas pláticas se desarrollan temas relacionados con la salud del paciente y del familiar, con la intención de contribuir a clarificar la situación y promover la colaboración informada de padres y familiares.

De igual modo, el departamento de trabajo social, y en ocasiones los médicos, pueden canalizar a la madre, o bien a los familiares, para que asistan a sesiones psicológicas individuales, en caso de que en la entrevista de valoración o en la consulta perciban la necesidad de que deban recibir algún tipo de apoyo más específico y personalizado, de acuerdo con las situaciones que de manera particular enfrentan.

Suele suceder que la madre y la familia, si lo consideran necesario, soliciten atención personalizada al departamento de psicología. La periodicidad con la que se definen las sesiones de intervención y la duración del proceso psicoterapéutico de apoyo dependen de cada caso, en cuanto a la magnitud de la problemática y por sus afectaciones en lo personal o en la dinámica de interacción familiar.

Otro criterio, con el que también se definen tanto la periodicidad de las sesiones como la duración del proceso psicoterapéutico es el tiempo del que disponen, para poder asistir, la madre o la familia.

Los aspectos específicos que se manejan en las sesiones son definidos con relación al diagnóstico del bebé, la evolución de la enfermedad, las causas, eventos particulares de cada caso y todo avance o retroceso de la salud, como resultado del tratamiento; así mismo, se abordan incidentes relacionados con el manejo de procesos cognitivos, emocionales, conductuales, existenciales, familiares y sociales. Lo que se pretende con las sesiones de psicología, en las que participan la madre y los familiares, es lograr con la atención e intervención personalizadas:

- Ser un facilitador de información entre los familiares y los médicos.
- Disminuir estados de ansiedad y depresión.
- Generar eventos que conduzcan a un afrontamiento eficaz, que les permita comprender y aceptar lo inevitable de la condición en que se encuentran.
- Promover procesos de concienciación que contribuyan a que puedan resolver problemas y tomar decisiones, que resulten pertinentes, sobre su situación actual.

El apoyo psicoterapéutico tiene como principal objetivo conducir la expresión de contenidos emocionales derivados de las vivencias por las que atraviesan, para que puedan brindarle un cuidado amoroso al bebé. Está diseñado para:

- Permitirles comprender, encarar, aceptar y superar las experiencias de dolor, frustración, enojo, desesperanza, ansiedad, depresión y conflicto por lo que están viviendo.
- Contribuir a que, en condiciones de desolación, puedan identificar sus redes de apoyo, para sentirse acompañados y un tanto más seguros.
- Generar actitudes de resiliencia -entendida como fortalecerse ante la adversidad- durante el desarrollo del proceso.

- Proporcionar un espacio de reflexión, diálogo e intercambio de experiencias en el que puedan acceder a la posibilidad existencial de ampliar sus referentes de comprensión significativa, repensando y redimensionando sus formas de actuar para evitar, en lo posible, el desaliento y la desesperanza.

Para finalizar este apartado resta decir, y en esto se pretende dejar clara la postura al respecto de lo señalado en cuanto a la intervención del departamento de psicología, que si bien es necesario indicar los lineamientos, estructura y propósitos con los que se define y delimita su trabajo resulta ser, en un nivel formal -del pensamiento racional- tan solo la expresión discursiva de lo que se pretende, ya que el contenido esencial de su funcionamiento deriva de los resultados que obtiene, y por lo que es posible vivenciar en el día a día de la intervención, con las variaciones que representa la experiencia de cada familia.

1.3 Síntesis e interpretación de una experiencia

“El vínculo del investigador con el trabajo de campo tiene una cualidad vivencial y expresiva que es difícil trasladar textualmente al momento de los informes de trabajo. Los múltiples matices de los vínculos que se establecen y las modificaciones que les va imprimiendo la intervención del investigador no admite una sistematización rigurosa y definitiva, aun cuando pueda existir una argumentación consistente, ya que se va construyendo y transformando en el campo”. (Lidia Fernández)

Estar en una de las áreas del servicio de psicología del HIMFG hizo posible el aprender, experimentar, conocer y desarrollar nuevas experiencias para el ejercicio profesional, así como el poder vincular, en su riqueza y complejidad, la teoría con la práctica. Esto se logró porque se tuvo acceso a todas las áreas del departamento de psicología, conociendo sus lineamientos y estrategias de intervención.

En el Hospital, como actividad sustantiva, se realiza un recorrido matutino, con el propósito de saber qué pacientes son de nuevo ingreso en la sala de ortopedia pediátrica y localizar, en la sala de corta y de larga estancia, a los pacientes que están diagnosticados con osteosarcoma.

Para tener información que permita asignar un contexto de referencia mínimo con respecto al diagnóstico de osteosarcoma y su ubicación anatómica, cabe señalar que:

- Osteosarcoma. Es una neoplasia maligna primaria del hueso; esto produce una forma característica del hueso inmaduro y se da en los huesos más largos del cuerpo (Sánchez y Santos, 2011).
- Sarcoma de Ewing. Es una neoplasia que se presenta en huesos planos y cortos, siendo la pelvis el área más afectada.

En este recorrido también se debe ir a la sala de la UCIN para saber si hay pacientes de nuevo ingreso, o bien si ha surgido alguna situación que deba considerarse como de especial significado, por sus implicaciones, con los pacientes ya internados.

En la Consulta Externa del Servicio de Ortopedia Pediátrica se tiene programada una entrevista inicial, con la que se establecen; el motivo de consulta, la operacionalización del problema, los objetivos, el examen mental y la realización del programa. Se elabora, además, la historia clínica y, en ocasiones, a estos pacientes se les aplica la batería de pruebas psicológicas pertinente al caso, para poder establecer tanto un plan de tratamiento como el seguimiento de los casos atendidos.

En la Hospitalización del Servicio de Ortopedia Pediátrica se implementa la estrategia de intervención en crisis, con la que se pretende proporcionar a los pacientes una preparación psicológica para la etapa pre quirúrgica, de la que deriva un seguimiento en la etapa post quirúrgica.

Esta preparación psicológica (psicoprofilaxis) está indicada para pacientes diagnosticados con cáncer óseo y por posible cirugía de salvamento o una cirugía radical. Se interviene en el nivel preventivo y de tratamiento para el manejo de los estados de ansiedad y depresión, y para las diversas reacciones adaptativas que, como consecuencia de su condición, presentan los niños en la sala de hospitalización; así mismo, se realizan actividades de grupo, con ellos, también en la sala de hospitalización.

En la Clínica de Prevención de Maltrato Infantil (solo en caso de ser necesario) también se implementa la estrategia de intervención en crisis; se entrevista primero a los padres o tutores y se realiza la historia clínica; posteriormente, al paciente se le aplica una batería de pruebas psicológicas, de igual modo sólo en caso de considerarse necesario; finalmente, se elaboran los reportes médicos-legales y se da seguimiento a los casos.

En la Clínica de Trastornos Alimenticios se trabaja en consulta externa, se realiza la entrevista, la operacionalización del problema, se fijan los objetivos, se aplica un examen mental, un familiograma, la historia clínica y el seguimiento de casos.

Con la intención de acercar al lector al universo interpretativo de la experiencia vivencial procederá, como estrategia metodológica cualitativa, a la narrativa de algunos casos, seleccionados para presentarlos porque, en su desarrollo, resultaron altamente significativos en la experiencia de quien esto escribe, por su aportación formativa tanto en el ejercicio profesional como en el nivel personal.

Cabe hacer énfasis, aunque pareciera demasiado obvio, que lo reportado en la narración si bien cubre lo real de cada caso, resulta insuficiente para expresar, en toda su riqueza, las tantas cosas que se experimentaron y el impacto que tuvieron en los diversos aspectos de la personalidad que se vieron involucrados, no obstante, se deja a criterio del lector lo que pueda relacionar y destacar de cada caso.

Caso 1

Un paciente de 8 años con diagnóstico de osteosarcoma fue un paciente que no aceptaba a todas las personas, rechazando su cercanía y atenciones. En muchas ocasiones, los pacientes son conscientes de lo que sucede en el interior de su cuerpo, por lo que suelen ser muy honestos y decir las cosas tal como las sienten, experiencia que exige del profesional que los atiende una gran comprensión y empatía.

En este caso, por algunos rasgos físicos que el niño tenía en común con el autor de esta tesis fue posible establecer un buen rapport; a pesar de no ser su terapeuta, sino solo un observador, se tuvo la oportunidad de trabajar con él en terapia de juego no directiva, permitiendo percatarse que esta actividad resulta muy benéfica y gratificante para los niños que se encuentran en esta situación.

Concretamente, en el caso de este niño, fue posible comprobar que la terapia de juego no directiva le permitió disponer de un medio para expresar y resolver sus conflictos, basándose en el presente para generar los cambios que le eran accesibles, aquellos que hizo posibles dependiendo de su nivel de introspección con respecto a diversos incidentes de su vida.

Esta terapia le brinda al niño permisibilidad, flexibilidad y creación de condiciones para ser él mismo, sin ser conducido hacia lo que no representa su interés, reflejándole así lo que está expresando.

“La actuación del terapeuta, a través de la terapia no-directiva, no es pasiva, sino todo lo contrario, requiere de toda su atención, sensibilidad y, más aún, de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo. Es necesario el entendimiento y un genuino interés en el niño. El terapeuta debe ser permisivo y accesible en todo momento. Estas actitudes están basadas en la filosofía de las relaciones humanas que realza la importancia del individuo como un ser eficiente y digno de confianza a quien se

puede encomendar la responsabilidad de su persona; por consecuencia, el terapeuta respeta al niño. Lo trata con sencillez y honestidad. No hay nada frágil o sensiblero en su actitud para con él. Su postura es recta, y tranquila su presencia". (Axline, V. 1975 p 70).

Con este tipo de pacientes las sesiones pueden variar ya que hay que respetar el tiempo del paciente, hay sesiones que duran cincuenta minutos, otras solo cinco, o bien, se les hace saber que está uno ahí y que sólo pasa a saludar.

Una experiencia que puso a prueba la empatía, profesionalismo y fortaleza personal de quien esto escribe, así como el poder ver que "todo sigue" a pesar de lo que ocurre, fue el hecho de que después de cinco meses de haber conocido a este paciente, falleció.

Caso 2

Adolescente de 15 años de edad con osteosarcoma. Durante los primeros intentos de acercamiento que se tuvieron con él por parte del departamento de psicología evitaba ser tratado, esto porque no quería que lo amputaran, razón por la que abandonó el tratamiento, en una muestra de negación y resistencia que le impedían la aceptación.

Cuando regresó, para seguir con el tratamiento médico, le tuvieron que hacer una desarticulación de su pierna porque la enfermedad ya estaba muy avanzada. Ingresó a cuidados paliativos pero, no obstante, refería que pasaba todos los días con mucho dolor, a pesar de los tratamientos médico-farmacológicos que se le administraban. Así fue como accedió a participar en el tratamiento psicológico

En este caso la principal actividad realizada fue la de acompañar a su psicólogo para observar cómo trabajaba; en una de las sesiones resultó muy impactante el modo en que se pudo apreciar cómo, en poco tiempo, había avanzado la enfermedad, por lo que comenzó a tener disociaciones y delirios, lo que llevó a la decisión psicoterapéutica de abordar el tema de despedirse de su familia y amigos, como condición previa a su fallecimiento.

Caso 3

Trabajar en la clínica de maltrato permite ver cosas fuera de lo que indica el sentido común de la racionalidad profesional y humana, esto porque niños de todas las edades, además de haber sufrido el daño físico, moral y emocional que implica el maltrato y al experimentar las diversas secuelas psicosociales por parte de sus agresores, si en dado caso quieren comenzar un trámite legal muchas veces las autoridades, en clara ausencia de empatía o de una mínima actitud humana, de interés y apoyo, son muy

confrontadoras, provocativas, insensibles y hasta carentes de ofrecer confianza, por lo que tienden a revictimizar o hacer sentir culpable de la situación al menor.

Ante estas circunstancias, se decide trabajar con los padres y con el menor bajo la premisa y con la firme actitud de no presionarlos, ya que el menor hablará cuando él mismo considere que sea el momento preciso, cuando se sienta seguro y confiado.

Caso 4

Se dio la oportunidad de asistir a la sala de UCIN y participar en el proceso de atención con un matrimonio al que le estaban proporcionando los informes relacionados con la salud de su hijo. Fue posible, para quien esto escribe, atenderlos y trabajar con ellos; cuando se les preguntó qué estaba pasando dijeron que su hijo estaba muy delicado.

A unos cuantos minutos de iniciada la sesión la doctora regresó para darles la noticia de que su hijo había fallecido. Pasaron a despedirse, el padre comenzó a decirle unas palabras a su hijo, lo cargó, la madre no decía nada, estaba en shock, llegó un punto donde los dos se pudieron despedir.

El diagnóstico de estos casos produce un impacto inimaginable en la familia del paciente, este proceso conlleva muchos momentos en los que se produce una crisis familiar, repercutiendo en el ámbito social en el que están involucrados. Basta decir que de ningún modo resulta sencillo aceptar que se tiene una enfermedad devastadora, que se experimenta una pérdida o que se ha sufrido un abuso por violencia, accediendo automáticamente y sin complicaciones a superar sus secuelas.

En la familia la presencia de algún evento, incidente, condición o circunstancia que afecta al menor genera un desequilibrio en la familia, que al ser interpretada como un sistema de interacciones y comunicación, en muchas ocasiones provoca una sensación de vacío y culpa, generando cambios tanto individuales como grupales entre los integrantes. Es en este núcleo relacional en el que preponderantemente, suponemos, se debe trabajar la intervención psicoterapéutica, como una entre tantas otras modalidades de atención.

Elegimos, para su presentación en este apartado, los cuatro casos descritos con anterioridad, cabe señalar, entre muchos que se viven diariamente en el hospital, y la razón de proceder así fue porque resultaron significativos en la formación profesional y personal, de quien escribe el presente trabajo, ya que representan e ilustran la actividad que se realiza en las áreas en las que nos fue posible participar.

Se finalizará haciendo un especial énfasis en los siguientes aspectos de cada caso, en un intento por retomar las aportaciones significativas, que propiciaron una reflexión intensa, amplia y profunda, reiteramos, en los planos de la experiencia profesional y personal.

Caso 1. Por ser el primer paciente con el que se hizo posible vivenciar, en la cercanía que ofrecen en sus múltiples variantes la observación distanciada, como procedimiento metodológico, y la empatía, como atributo humano, en el acompañamiento del proceso de osteosarcoma, y por haber aprendido a llevar sesiones terapéuticas en el ámbito hospitalario; así como al experimentar un “darse cuenta” en la práctica, o lograr una concienciación situada, de la importancia de la terapia de juego no directiva.

Caso 2. Enfrentarse, no solo en el nivel declarativo formal de la teoría y los conceptos sino en terrenos “allanados” por la práctica, a todo el proceso de deterioro físico que el paciente sufre es una experiencia que abarca múltiples dimensiones profesionales y existenciales; ser testigo del momento en que el paciente comienza con disociaciones, delirios y alucinaciones provocados en la conciencia distorsionada por la enfermedad, causa un gran impacto.

Sin embargo, más allá de lo devastador de esta experiencia, resultó interesante descubrir que la capacidad de observación analítica no se vio minimizada o limitada, permitiéndonos mantener una actitud de distanciamiento reflexivo acerca de todo lo que sucedía con el paciente, intentando ubicarlo en un encuadre teórico de referencia para poder comprender todo esto, realizado además con la necesaria empatía, dado que es inevitable generar una experiencia emocional que, de no controlarse, puede resultar desbordante y comprometedor al momento de ofrecer la atención.

De igual modo impresiona, y activa el interés por indagar y proponer estrategias de intervención, el ver como todas las emociones de la familia están involucradas, por lo que se necesita trabajar con sus expresiones emocionales, cognitivas, existenciales y de comportamiento, para que acepten las nuevas condiciones del paciente y puedan generar un ambiente adecuado, a pesar de las circunstancias, que indudablemente son adversas y hasta pueden llegar a ser devastadoras.

Caso 3. Uno de los temas que más me impactaron e indignaron, por lo aberrante de su contenido- en la Clínica de Maltrato fueron los casos de abuso sexual los cuales, en un elevado porcentaje, fueron perpetrados por un familiar o alguien cercano a la familia. En este contexto práctico e interpretativo, la terapia de juego no directiva tiene un contenido simbólico muy importante cuando los pacientes llegan a contar lo que les pasó y cómo han generado las herramientas para contraponerse a tales situaciones.

Con relación a lo que acontece en la familia, fue posible comprobar que se producen grandes cambios en su dinámica y estructura, enfrentándose cada uno de los integrantes a conflictos consigo mismos y hasta con su entorno social.

Caso 4. Desde que el bebé de esta familia tuvo que ser ingresado al hospital, la situación representó un gran desequilibrio para los padres, generando conflictos emocionales y en la interacción. En este contexto, la pérdida de su hijo fue una de las experiencias existenciales más dolorosas que se pueden apreciar. Fue posible advertir la importancia del silencio en sesión y el significado, no sólo psicoterapéutico sino existencial, de la despedida. El duelo en ese momento fue saber no solo a quién pierden sino lo que los padres pierden de él y quizás qué pierden de ellos mismos.

Cuando el personal médico se retira queda el psicólogo como soporte para apoyar en el momento indicado.

Capítulo 2. Enfoques clínicos para la intervención

“Una vez elaborado un discurso sobre la psicología, institucionalizarlo es una tarea compleja e ineludiblemente limitante; es un proceso de evaluación, comparación y selección dentro de una multiplicidad de enfoques teóricos inmerso en el complicado entramado institucional que intenta transformar lo subjetivo en objetivo”. (Isabel Jáidar)

Iniciar este capítulo es una labor que, de entrada, inhibiría al autor si se intentara abordar el contenido de las teorías y de los conceptos sobre la psicología y acerca de los múltiples y diversos enfoques, estrategias y procedimientos clínicos construidos y validados, al paso del tiempo, para la interpretación y la intervención.

Semejante tarea de revisión, confrontación y comparación excede los propósitos y extensión de este capítulo cuya finalidad es, enfatizar, únicamente el presentar algunas consideraciones, validadas en lo epistemológico y por su aplicación en la práctica, con respecto al abordaje e interpretación de una problemática de orden psicológico, presentando tan solo algunos apuntes que alimenten la reflexión y sean el sustento mínimo de un referente para la intervención en el espacio de trabajo descrito.

Ahora bien, es cierto que cada terapia pretende fundarse en una teoría, aunque dichas teorías en muchos casos guardan una relación bastante dudosa con lo que se entiende tradicionalmente por coherencia y racionalidad. Sin embargo, es preciso reconocerlo: no existe una psicoterapia científica, expresión que probablemente sea un oximorón. Pero es justamente la ausencia de tal terapia científica lo que hace inevitable la multiplicación de procedimientos que aspiran a ese estatuto, tan codiciado en nuestra cultura. (Sampson, La psicoterapia como artefacto cultural.pdf 2000 p 5)

Así pues, los postulados teóricos, conceptuales y procedimentales que se exponen configuran un marco referencial que, deseamos, sea útil en la construcción de estrategias de trabajo para su aplicación en la UCIN, por lo que recomendamos se ubiquen al nivel de la reflexión sobre el quehacer del psicólogo en tal ámbito y, reiteramos, no se plantean por el interés de polemizar identificando escuelas de pensamiento, confrontando postulados o ponderando personajes representativos en la historia de la psicología clínica.

En este contexto argumentativo, sirvan estos apuntes - tal y como fueron de utilidad al autor de esta tesis- para fundamentar el actuar del psicólogo en el área de la psicología clínica, al intervenir en un hospital, objeto central de atención en esta tesis. Desde esta

perspectiva, es posible afirmar que los enfoques aquí presentados permiten al psicólogo:

- Habilitarse, como punto de inicio en el análisis e interpretación, para el encuadre y fundamentación, de una propuesta de intervención en el departamento de psicología de la UCIN.
- Permitir la delimitación del diseño de estrategias, y la aplicación de técnicas y procedimientos, desde los enfoques propuestos.
- Redimensionar, en la práctica hospitalaria, la función del psicólogo.

En este orden de ideas consideramos viable lo que propone Kendall (1979) con respecto a la intervención psicoterapéutica: *“hay muchos tipos de psicoterapia, pero todos ellos tienen en común cuatro características:*

1) el psicoterapeuta establece una relación genuina y cuidadosa con el paciente;

2) el psicoterapeuta lo ayuda a emprender una auto explicación psicológica;

3) el psicoterapeuta y el paciente trabajan en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal; y

4) el psicoterapeuta enseña al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida en forma autónoma y eficaz.”

Todo esto considerando el gran potencial que contiene, y la naturaleza de una instancia formativa para el psicólogo, al cumplir como prestador de servicio social en hospitales.

2.1 Psicodinámico

*Nadie que, como yo, conjure al más maligno
de los mal dominados demonios que habitan
en el corazón humano y se atreva a luchar con él,
puede alentar la esperanza de salir ileso
de tal aventura. (Sigmund Freud)*

Una premisa básica para el desarrollo de este apartado, es el considerar que la familia, como núcleo primario de la interacción y el desarrollo de sus integrantes, influye en gran medida el comportamiento al desempeñar un papel que llega a ser determinante en la transmisión y reproducción cultural de patrones de comportamiento, hábitos,

creencias, costumbres, y tradiciones, de las que se desprenden tanto la educación en hábitos, creencias, valores y actitudes, como la formación personal del sujeto.

En especial, es importante mencionar, para entrar en el contenido de este enfoque, cómo la represión, el control de los instintos y de las pulsiones y la adquisición del lenguaje, por ejemplo, si bien representan aspectos específicos del modo de ser de cada sujeto, también son muestra, en gran medida, de tal transmisión cultural. Aunque bien dice Lacan, en una ampliación de este argumento que:

“Gran parte de la culpa por nuestra miseria la tiene lo que se llama nuestra cultura; seríamos mucho más felices si la resignáramos y volviéramos a encontrarnos en formas primitivas. Digo que es asombrosa porque como quiera que se defina el concepto de cultura, es indudable que todo aquello con lo cual intentamos protegernos de la amenaza que acecha desde las fuentes del sufrimiento pertenece, justamente, a esa misma cultura. (Lacan, J. 1991)

En la familia no hay funciones naturalmente, sino que se establecen con base en una red de vínculos decididos y establecidos, por cada sujeto y por la familia como entidad; estas formas de comportarse se retoman como un acto de voluntad y consentimiento del sujeto para cumplir una función social, con la intención de que se sostenga, se transmita y se legitime como tal, en la estructura y para la dinámica de la familia.

En este contexto de interpretación vemos cómo intervienen relaciones no solo de correspondencia y complementariedad, sino también de contradicción y hasta conflicto entre las siguientes entidades:

- El ello, entendido como fuente instintiva para satisfacer al deseo y placer, de donde surge precisamente el principio del placer. (Freud, S. 1982 p 242)
- El Yo, como entidad reguladora que normalmente rige los accesos a la motilidad, *“representa lo que pudiéramos llamar la razón o la reflexión, opuestamente al Ello, que contiene las pasiones”.* (Freud, S. 1982 p 259)
- El Súper Yo, *“abogado del mundo interior, o sea del Ello, se opone al Yo, verdadero representante del mundo exterior, o de la realidad. Los conflictos entre el Yo real y el Yo ideal, reflejan, pues, en último término, la antítesis de lo real y lo psíquico, del mundo exterior y el interior.”* (Freud, S. 1982 p 271)

Es así como, en la interacción de sus miembros se define, se configura en el imaginario y se construye como acto, la forma de ser de cada sujeto y de la familia en general, cobijando, entre muchos otros procesos, el de la identidad -representado, de manera general, en la respuesta al quién soy y al quién debo ser- y el de la pertenencia - asignando un espacio reconocido que permite asegurar de qué formamos parte-.

En las relaciones familiares, que se tejen en la cotidianidad, como consecuencia de las condiciones y circunstancias existenciales que se enfrentan, coexiste un espacio,

interactivo y de comunicación, en donde se descubrirán y construirán vínculos que, si bien se deciden por la participación de una determinación biológica de base son, en gran medida, sublimados por una “mirada social”, la de los otros, aquellos que inevitablemente estarán allí, acompañándonos para marcar su presencia en nuestras vidas. *Desde la teoría de los mecanismos de defensa transpersonales de Ronald Laing (1999), se ha trabajado mucho sobre los procesos mediante los cuales una persona o grupo responden a la comunidad a la que pertenecen en función de cómo son mirados o definidos por ella.* (Angulo, 2011: p 9)

De este modo es que: *“En la vida anímica individual, aparece integrado siempre efectivamente, “el otro”, como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, psicología social, en un sentido amplio pero plenamente justificado [...] Las relaciones del individuo con sus padres y hermanos, con la persona objeto de su amor y con su médico, esto es, todas aquellas que hasta ahora han sido objeto de la investigación psicoanalítica, puedan aspirar a ser consideradas como fenómenos sociales.”* (Freud, S. 1982: p 9)

En su estructura, la familia está configurada por el interjuego de sus roles, o funciones, y se encuentra constituida como un modelo donde surgen y existen situaciones intergrupales en las que se encuentran variables como las culturales, esto define y condiciona el modelo bajo el cual se rige, y que continuarán estableciendo. Por ello cualquier modificación en la familia tendrá una cierta repercusión en su estructura y, consecuentemente, en sus integrantes.

La familia constituye así, un lugar en donde existen vínculos afectivos, pero además se configura y establece un discurso que crea una red de relaciones, las cuales no solo se determinan biológicamente, sino como resultado de los vínculos sociales establecidos, aquellos que son promovidos fuera de la instancia familiar y ejercen una influencia que define formas de comportamiento de los sujetos en diferentes ámbitos de interacción.

En la familia, además, se establecen acuerdos entre los sujetos, con los cuales se marcan los requisitos para cumplir con distintas funciones; éstas últimas, en ocasiones, no se cubren o no se desarrollan de manera natural sino tienden a ser asumidas y adoptadas como forma de comportamiento, para propiciar un intercambio comunicativo a través del acto, haciendo que la transmisión de información se produzca y genere, con el hacer de los sujetos, un fortalecimiento en los vínculos.

De tal modo es que se van constituyendo sitios o espacios de interacción, familiar y con la sociedad en general, donde se encuentran regulaciones para la expresión de los vínculos afectivos de los sujetos, estas regulaciones y el aprendizaje que de este modo resulten determinarán, en gran medida, las futuras elecciones que se harán del objeto, en cuanto figura simbólica de apoyo, en el que se depositarán los contenidos afectivos que son importantes para cada sujeto.

En este sentido, la familia expone representaciones de la sociedad expresadas por sus integrantes y es a través de la función socializadora dada por los integrantes en este grupo social básico como se aprende a vincularse, y expresar el contenido de lo que como sujetos son, en la interacción con los demás.

Considerando un elemento de análisis complementario, útil al ser aplicado al ámbito de intervención de esta tesis, vemos que, cuando la madre da a luz, podría atravesar por un estado emocional-afectivo y existencial en donde adquiere sentimientos de soledad, los cuales son consecuencia del anhelo de un estado imaginario, perfecto como ideal, para su hijo y para ella misma; sin embargo, cuando no se cumple con lo anhelado, pueden aparecer estados de ansiedad y depresión, que son consecuencia de la situación real, que no se corresponde con lo anhelado del bebé recién nacido.

Ante tal situación, se busca establecer una relación funcional, en donde el afecto y el deseo subsistan, y se viva una comprensión afectiva que no requiera la verbalización. No obstante, se debe tener presente que *“las capas más profundas de la mente permanecen ocultas y a resguardo bajo una superficie uniforme y a menudo impenetrable. Solo con las perturbaciones funcionales se quiebra esa superficie en medida suficiente como para permitirnos otear abismos más profundos.”* (Freud, A. 2009: p 9)

En el caso de las madres que tienen un hijo internado en la UCIN, la ansiedad puede aparecer desde el nacimiento mismo del bebé, y prevalecer por las circunstancias que se viven en la institución hospitalaria. Cabe señalar que, en este proceso, la madre deposita en el hijo emociones contrastantes (amor-odio), resultado de las pulsiones que genera ante la experiencia adversa y confrontadora por la que atraviesa.

En nuestro estudio “Más allá del principio del placer”, desarrollamos una teoría [...] la de que es necesario distinguir dos clases de instintos, una de las cuales, los instintos sexuales, o el Eros, era la más visible y accesible al conocimiento, e integraba no sólo el instinto sexual propiamente dicho [...] y el instinto de conservación [...] La determinación de la segunda clase de instintos nos opuso grandes dificultades, pero acabamos por hallar, en el sadismo, su representante. Basándonos en reflexiones teóricas, apoyadas en la biología, supusimos la existencia de un instinto de muerte, cuya misión es hacer retornar todo lo orgánico animado al estado inanimado...” (Freud, S. 1982: p 276-277)

Esta condición, de emociones contrastantes, se puede tornar depresiva o ansiosa y generar en la madre, a lo largo de este proceso, sensaciones de culpa, por suponer no haber cumplido con su función natural y ser responsable de causar algún daño al objeto primario de su vínculo afectivo, su hijo.

De este modo, puede presentarse una sensación de pérdida que equivale al temor de la muerte, con lo cual se crean condiciones, de diversa índole, para consolidar la posición depresiva que se ha establecido; o bien provocar que pueda desarrollarse un trastorno

de ansiedad, con manifestaciones y afectaciones que son variables, dependiendo de las características de cada sujeto que la experimenta.

El vínculo afectivo de la madre con el bebé se construye desde el vientre, y forman parte de este vínculo las relaciones que tendrá con su hijo en un plano imaginario, con este proceso de desarrollo que ha formado parte de su vida durante nueve meses. Las fuerzas biológicas y ambientales que llevan a los padres a desear tener un hijo, las fantasías y otros deseos aparecen y pueden formar parte del vínculo que se construirá en el futuro.

Se espera de la madre, durante el embarazo, que acepte al bebé que se encuentra en ella, al mismo tiempo que su cuerpo va asimilando sus defensas contra este cuerpo extraño, éste pasa a ser parte de ella, llegando a imaginar al futuro hijo como parte de sí misma. Cuando el bebé se comienza a mover dentro del vientre, en la segunda etapa del embarazo, se inicia un vínculo más estrecho, se establece una relación más real y aparece la preocupación de la madre de no tener un hijo como lo idealizó. (Cramer, 1990).

Al volverse esta preocupación algo real la madre sufre una desilusión por no haber logrado el éxito esperado y, dado el caso de niños reportados en esta tesis, tiene que luchar contra el problema de tener un hijo enfermo; simultáneamente, debe afrontar el dolor de perder al bebé perfecto, idealizado, para adaptarse a las características de un hijo real, que resulta distinto a como lo imaginó y un tanto distante afectivamente, llorando entonces al hijo imaginario.

La situación que pudiéramos pensar ideal para un neonato, es aquella en la que se logre establecer un vínculo seguro con la madre, a quien verá como una extensión de sí mismo y que le brindará todas las comodidades, atenciones y cuidados. Si el bebé logra establecer las relaciones de objeto con su madre, como cuidadora primaria, formará dispositivos de adaptación para sobrevivir. Spitz (1965) llama diada a esta relación madre e hijo, caracterizándola como una relación de objeto.

Lo que se nombra como relaciones de objeto según Laplanche (1994), se utiliza para elegir el modo de relación del sujeto con su mundo, siendo el resultado de la estructuración de la personalidad, de la aprehensión fantaseada de los objetos y los diversos tipos de defensas del yo. En este sentido:

“Los mecanismos yoicos que se utilizan para cerrar el acceso a la conciencia son, de acuerdo con mi experiencia, la negación, la represión, la regresión, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, el pensamiento mágico, la duda, la indecisión, la intelectualización y la realización, artificios que son empleados en combinaciones variables componiendo un formidable despliegue y que, con la única

excepción de la regresión, operan exclusivamente en el dominio de los procesos de pensamiento.”
(Freud, A. 2009 p 66)

Algunas madres, enfrentando la experiencia de tener un hijo enfermo, internado en la UCIN, llegan a sentir más angustia que ansiedad; en la angustia existe un predominio de síntomas físicos, esto establece la reacción de su organismo, mientras que en la ansiedad hay mayor presencia de síntomas psíquicos.

Se ve así que las madres se encuentran en situaciones de mucha angustia, como lo denominaría Freud (citado en López, 1973). La neurosis de angustia se caracteriza por una naturaleza tóxica, que lleva consigo, haciendo alusión a los fenómenos que como consecuencia aparecen, a una incorporación exagerada, o a la privación, de toxinas en el sistema nervioso. En estos momentos de angustia predominan las perturbaciones en un plano psíquico, emociones y meta emociones: enojo, miedo, disgusto, tristeza, culpa, con hostilidad, etc. y fisiológico, como por ejemplo, la actividad cardíaca y respiratoria acelerada, sudoración, temblores, convulsiones, ataques de bulimia, vértigo, etc.

La angustia es resultado de un incremento previsto o esperado en la tensión o en el dolor por amenazas del entorno: eventos, situaciones y personas. Algunas de las principales características que es pertinente tomar en cuenta para su análisis, interpretación e intervención psicoterapéutica son las siguientes:

- Es adquirida, consiste en una conducta practicada, aunque tiene una base orgánica.
- Es compleja, ya que dispone no a una serie de movimientos aislados, sino a una operación constituida por elementos más o menos variables, organizados con un sentido, esto es, un proceso con su comienzo, desarrollo y fin.
- Es causalista. La operación o estructura adquiere sentido y se define por una causa a la que responde.
- Es consciente. Las causas, el conjunto y sus afectaciones, así como el valor que cada elemento guarda dentro de la estructura total, son más o menos claramente conscientes.
- Es individual, o sea que cada individuo posee un modo propio de expresarla.

La angustia puede ser generada por diversas experiencias relacionadas con alguna pérdida; por ejemplo, la de un objeto deseado, del amor, de un familiar cercano, de la salud, del trabajo, de la identidad o de la autoestima.

Kierkegaard (1987) señala que la angustia nace de una posibilidad de poder, que es acompañada por la ingenuidad de un individuo ante ciertos hechos. Para el caso que aquí nos ocupa, la angustia máxima se presenta en diferentes momentos durante el

embarazo; en el nacimiento culmina cuando se da a luz e inicia nuevos procesos por lo que la madre suele verse, en alguna medida, “poseída” por la angustia.

Para Lacan (1963) *“La angustia es ese corte que se abre y deja aparecer lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa el término de presentimiento pero en tanto pre-sentimiento, lo que está antes del nacimiento de un sentimiento”*.

En estos momentos de angustia es que se crean condiciones propicias para que, en los padres, surjan los mecanismos de defensa con los que pretenden proteger la integridad del yo, como estrategia para el enfrentamiento adecuado de situaciones adversas que se intenta evitar o, de algún modo, conducir de una manera hasta cierto punto controlada dentro de ciertos límites, esperando atenuar el daño psíquico que se pudiera llegar a provocar.

Las personas también utilizan los mecanismos de defensa, como los denomina Freud (1973), cuando se encuentran ansiosas, permitiéndoles falsificar y distorsionar lo que de otro modo se tornaría en algo doloroso o angustiante; la ansiedad evita que el acto en plenitud llegue a la conciencia, siendo así un autoengaño que trae consigo un riesgo, porque pueden impedir la búsqueda, evaluación y expresión de otras soluciones.

En este orden de ideas, cabe mencionar que existen procesos inconscientes, los cuales tienen el objeto de eliminar la ansiedad, o el enfrentamiento de diversas situaciones, pensamientos y deseos que se han considerado por el propio sujeto como algo negativo (Freud, 1940/2001).

Expresado por Sigmund Freud vemos que ha de sernos muy provechoso, a mi juicio, seguir [...] a G. Groddeck, el cual afirma siempre que aquello que llamamos nuestro Yo, se conduce en la vida pasivamente y que en vez de vivir, somos “vividos” por poderes ignotos e invencibles [...] Por mi parte, propongo tenerla en cuenta dando el nombre de “Yo” al ente que emana del sistema preconsciente, y es primero preconsciente, y el de “Ello”, según lo hace Groddeck, a lo psíquico restante -inconsciente- en lo que dicho Yo se continúa” (Freud, S. 1982 p 257 y 258)

Los mecanismos de defensa son procesos normales en el funcionamiento de la psique humana aunque, partiendo de la idea anterior de Freud, cabe considerar que, en alguna medida, están relacionados con el inconsciente. Los mecanismos de defensa se caracterizan, en su multiplicidad y variabilidades de expresión, por el intento del Yo de ocultar un síntoma neurótico, que es resultado de procesos inconscientes.

Así pues, nuestro concepto de lo inconsciente tiene como punto de partida, la teoría de la represión. Lo reprimido es, para nosotros, el prototipo de lo inconsciente [...] Todo lo reprimido tiene que permanecer inconsciente, pero queremos dejar sentado, desde un principio que no forma, por sí sólo, todo el

contenido de lo inconsciente. Lo reprimido es, por lo tanto, una parte de lo inconsciente. (Freud, S. 1982 p 247 y 162)

Para complementar los referentes de análisis aplicados a la interpretación de los procesos que experimentan las madres de la UCIN damos continuidad a la idea anterior, esperando enfatizar la importancia de estos tópicos en el psicoanálisis:

“Pero vemos que se nos presentan dos clases de inconsciente: lo inconsciente latente, capaz de conciencia, y lo reprimido, incapaz de conciencia [...] A lo latente, que solo es inconsciente en un sentido descriptivo y no en un sentido dinámico, lo denominamos preconsciente, y reservamos el nombre de inconsciente para lo reprimido, dinámicamente inconsciente.” (Freud, S. 1982 p 247)

Desde tal perspectiva, vemos como el "yo" activa la producción de los mecanismos de defensa contra los peligros o amenazas a la experiencia intrapsíquica (Talaferro, 2000).

Algunos de estos mecanismos se describen en seguida y, aclaramos, que no son el total de los que se han formulado, ni fueron elegidos en términos de su importancia o trascendencia, sino sólo pretenden ejemplificar:

- Aislamiento; Es un proceso por el cual los recuerdos o impresiones que no son agradables o gratificantes quedan privados de conexiones emocionales.
- Anulación o reparación; Representa la reparación simbólica de realizar un acto determinado, que busca corregir el significado que le hemos asignado.
- Cambio de instinto por su contrario; Consiste en la transformación del amor a un objeto por odio (Young, 1979).
- Formación reactiva; Es un tipo peculiar de negación, en la que se expresan intensidades de ideas y emociones que son lo contrario a lo que se experimenta.
- Identificación; Consiste en transferir el acento psíquico del objeto al "yo".
- Proyección; Cuando el sujeto atribuye o confiere a un objeto externo las propias tendencias inconscientes inaceptables para el súper yo.
- Regresión; El sujeto retornará a un periodo dónde antes había experimentado satisfacciones más placenteras.
- Represión; Introduce al inconsciente el material que ha resultado desagradable y busca la conciencia del "yo" y este desgasta energía para mantenerlo oculto.

- Fantasía; Cuando construimos en la imaginación algo que no puede conseguirse en la realidad. Transfiguramos el principio de realidad en función de nuestros deseos.
- Desplazamiento; Se depositan sentimientos hostiles sobre personas, incidentes, objetos o situaciones diferentes a los que provocaron esa reacción.
- Racionalización; Justifica las ideas o conductas propias ante el temor de que no sean aceptadas por los demás. Implica la producción de pensamientos que pretenden conservar el confort y seguridad personal.
- Identificación; Cuando nos apropiamos, para asumir y expresar, cualidades de las personas que admiramos.
- Sublimación; El instinto abandona el objetivo principal, por el principio de realidad. La satisfacción podría originar un displacer, siendo así una adaptación lógica a las normas del ambiente.
- Vuelta del instinto contra el yo; Se caracteriza por una carga agresiva primitiva dirigida hacia un objeto del exterior que se vuelve contra el "yo" y en ocasiones llega a destruirlo.

Finalizamos este apartado con una idea interesante, con respecto a los mecanismos de defensa, formulada por Ana Freud para asegurar que *“un procedimiento terapéutico tiene el derecho a que se le llame psicoanalítico si reconoce dos procesos que se producen en la mente del paciente, y trabaja con ellos: la transferencia y la resistencia.”* (2009 p 78)

2.2 Sistémico

El terapeuta debe poseer habilidades específicas, adquiridas en un entrenamiento centrado en una psicoterapia orientada hacia el logro del cambio [...] Muchas veces, creo que el conflicto se resuelve incluyendo alguien dentro de la situación que se quiere cambiar, para así abordarla interaccionalmente, desde el marco relacional. Jay Haley

Este enfoque analiza a la familia desde una visualización integrativa de los elementos que la conforman, en su operación funcional como un sistema, relacionándolos entre sí para tener una mejor comprensión en la interacción, tanto al interior de los individuos, es decir en lo psíquico, como en el contexto externo, para las interacciones que establecen con el sistema familiar, o con otros sistemas.

Operamos dentro de muchos ámbitos con sus respectivas lógicas, los cuales conforman realidades secantes o superpuestas en la red. La sustancia y la intensidad de la atracción la determinan los sentimientos, actitudes, conocimientos e interdependencias por los cuales la presencia de los demás nos es o no significativa.

Visualizarlo de este modo ofrece amplias posibilidades para el análisis, la interpretación y el significado que se le pueda asignar al núcleo de las relaciones familiares y su impacto en cada uno de los sujetos que la conforman. Esas conexiones, su peculiaridad y su intensidad, son las que fundamentan nuestros anclajes sociales y las que nos prestan el sentido de pertenencia a ámbitos o configuraciones de relación social, creándose un mapa de cercanías y de alejamientos, de presencias o de ignorancias, de significación o de irrelevancia entre cada individuo y los demás. (Gimeno Sacristán, 2002: p 113)

Verlo de tal modo, implica que la función principal de este enfoque pueda entenderse como la protección psicosocial de los miembros de un sistema y, por otro lado, la acomodación y la transmisión de la cultura. La sociedad ha influido en parte de las funciones dentro de la familia como sistema, por lo que la identidad desarrollada se basa en el sentido de separación y en el sentimiento de pertenencia (Minuchin, 1979).

Se lleva a cabo una separación entre el "paciente", que es el integrante que presenta el síntoma, y el "cliente", que son los miembros que integran el sistema y se encuentran preocupados y dispuestos a llegar a una respuesta útil. Desde esta perspectiva, se puede observar a la familia completa para esclarecer algunas situaciones, pero no plantea que necesariamente se trabaje con todos los miembros (Espinosa, 2004).

La familia es considerada como un sistema evolutivo que pasa por dificultades, en caso de que haya un mal manejo dará origen a problemas o síntomas particulares en las interacciones de los miembros. Cuando se muestra una actitud inadecuada frente a las

dificultades no se encuentran necesariamente defectos fundamentales (Espinosa, 2004).

La familia se va estructurando y se vincula durante el tiempo por lazos que los unen y, en alguna medida los fortalecen, como el consanguíneo, social, afectivo y el cultural; este sistema se determina por el estado de cada integrante que lo conforma. Se compone por límites, elementos, información y comunicación que llevan consigo flujos de energía, información y retroalimentación.

Son los lazos que sitúan a cada uno de nosotros en una posición concreta entre los semejantes, en función de los cuales el otro adquiere un valor concreto para nosotros, y nosotros para él [...] Los lazos o vínculos básicos son, fundamentalmente los tres que hemos mencionado: afectivos, culturales y los que forman el espacio público en el que nos movemos. (Gimeno Sacristán, 2002: p 113).

Este enfoque se ha ido adaptando a los cambios sociales, tomando nuevas estructuras para algunos fundamentos, con el propósito de ir abordando, de una manera más efectiva y oportuna las problemáticas, observando al sistema en su relación al interior, entre cada uno de los integrantes, y al exterior, con el contexto social.

Esto significa que, aunque la adaptación de una familia tiene relación directa con características socioculturales, de desarrollo evolutivo y en sí con el tipo específico de enfermedad, a estas condiciones se añade el poder identificar o desarrollar fortalezas para el afrontamiento de la situación. (Padilla, et al, 2011: p 19)

La familia tiene la capacidad de modificar las estructuras cuando se producen cambios en su entorno, cuando estos cambios surgen generan un nivel superior al proceso que están viviendo y potencian las probabilidades de supervivencia, no obstante surjan dificultades en la interacción, las cuales han tenido una mala orientación y dificultan la vida cotidiana.

La adaptabilidad de la familia y cada uno de sus miembros requiere cambiar aspectos de su funcionamiento como límites, sistemas jerárquicos, roles, reglas, formas de comunicación y aún el proyecto de vida (Herrera, Gonzalez y Soler, 2002. En Padilla, et al, 2011: p 19).

Estos sistemas pueden ser abiertos, semiabiertos o cerrados. En el abierto se encuentra una constante interacción con el medio ambiente, intercambio energético e información. En el semiabierto se encuentra menor intercambio de energía e información con el medio ambiente. En el cerrado no pertenece a los seres vivos porque no se encuentra una retroalimentación por parte del exterior (Bertalanffy, 1976).

Las familias como sistemas abiertos están en constante intercambio de información con los contextos sociales, proceso en el que continuamente están recibiendo retroalimentación que deben asimilar para adaptarse y lograr el equilibrio. (Sánchez, 2000. En Padilla, et al, 2011: p 20)

En este planteamiento de la perspectiva actual, los conflictos serán abordados de manera interdisciplinaria, lo cual ayuda a observarlos desde diferentes perspectivas y así tener una óptica más completa.

Si la información y las orientaciones dadas por los profesionales son adecuadas y comprendidas por las personas que tienen la enfermedad y por sus familias, ésta puede contribuir al desarrollo de conductas saludables y de habilidades que les permitan afrontar adecuadamente la enfermedad dentro y fuera del hospital. (Padilla, et al, 2011: p 17)

La ansiedad y la depresión (tristeza) se entienden como alteraciones de partes psíquicas, biológicas y sociales que pueden desencadenar agravantes como la incapacidad para la toma de decisiones, para pensar y concentrarse. Las evoluciones negativas y poco realistas pueden establecer un estado de ánimo no favorable para las circunstancias por las que se atraviesa.

Es de esperarse que el estado emocional, cognitivo y existencial de algunos padres que tienen un bebé en la UCIN afectará a toda la familia, por lo que ésta debe contar con el apoyo psicológico pertinente para que puedan tomar las mejores decisiones.

En esta área del hospital se les ofrece ayuda a los padres porque tienen conflictos a los que les parece imposible encontrar soluciones, lo que se hace en la terapia es investigar las soluciones intentadas y se busca una solución alternativa (White, 2002).

Las personas, como proceso natural del pensamiento, tienden a asignarle un significado a las experiencias que viven, y es gracias a los relatos que lo hacen, a partir de lo que se dice o se hace en el transcurso de la vida, se logra vivir a través de los relatos, estas historias se moldean y se constituyen (White, 2002).

En cada uno de los integrantes de la familia el lenguaje es individual, cada miembro de la familia tiene una visión diferente del conflicto y también una forma distinta de encontrarle solución, siendo así, la familia no es conceptualizada como una entidad. La relación que existe entre el pensamiento y el lenguaje es un proceso "vivo" y el pensamiento nace a través de las palabras (Anderson, 1999).

En esta instancia la familia es de gran importancia porque actúa como un movimiento continuo en el cual se toman en cuenta sus procesos de desarrollo, como es en el nivel de adquisición como en las construcciones de la realidad que se conectan con las experiencias de la familia. Las relaciones familiares son complejas cuando se conectan

a nivel conductual, la estructura de la familia y la construcción de la realidad se relaciona continuamente con lo que pasa en el sistema (Desatnik, 2004).

Valga decir, finalmente, *que el sistema que está pasando por un problema físico o psicológico se apropie de su proceso, y permita de esta manera que la enfermedad no se apropie de su vida.* (Angulo, 2011: p 13)

2.3 Cognitivo- Conductual

“Una emoción es una obra vital personal, que tiene relación con el destino de nuestros objetivos en un episodio particular y con nuestras creencias sobre nosotros mismos y el mundo en el que vivimos”.
Lazarus y Lazarus

En este enfoque cabe destacar, como una de sus aportaciones básicas, el modo en que se puntualiza la importancia y trascendencia que tiene la interpretación que los sujetos hacen de los hechos que viven. Más que los hechos en sí mismos el significado asignado a una cierta experiencia es el que define y perfila el curso de las acciones posteriores al hecho y el modo en que van a percibir y recibir el impacto de sus consecuencias.

Así que los significados que aportamos a los acontecimientos cotidianos son básicos para nuestra salud emocional [...] La trama revela el significado personal que le hemos asignado a un acontecimiento, que a su vez suscita una emoción concreta [...] Los patrones emocionales de nuestra vida son, en lo básico, firmas personales que nos identifican como individuos diferenciados, con nuestros propios objetivos y creencias personales. (Lazarus, R. y Lazarus, B. 2000: p 18)

Lo que resulta más importante en el modo de asumir una experiencia nos remite a un amplio escenario de debate, no obstante, retomar el proceso de significaciones indica que, para efectos prácticos, el apoyo terapéutico se orienta a la reestructuración de la experiencia o bien a la resignificación de los hechos, para darle la dirección que definimos al comportamiento posterior al hecho; actuamos ante las cosas que suceden en la perspectiva de cómo las percibimos, delimitando la experiencia ante los hechos.

Lazarus y Lazarus (2000) plantean que, en la expresión y contenido de una emoción, se identifican seis componentes psicológicos los cuales, en el contexto de este apartado, tomaremos en cuenta para el diseño de las estrategias de intervención:

- 1) El destino de los objetivos personales, es decir, el intento por conseguir o evitar algo;
- 2) El yo, como imagen que tenemos de lo que somos, de nuestro ser como persona;

- 3) La valoración, entendida como el juicio a través del cual se evalúa y delimita el significado que le asignamos a los hechos;
- 4) El significado personal construido, interpretado como el detonante o generador de la emoción, a su vez implica el producto de la valoración;
- 5) La provocación generada por los hechos, que se refiere al acontecimiento derivado del entorno y que se experimenta como personalmente significativo; y
- 6) La tendencia que sigue la acción posterior a los hechos, que está en función del impacto psicológico que recibimos con la experiencia.

Un procedimiento que estos autores consideran como complementario a los seis componentes mencionados, y que representa un recurso procedimental de apoyo en la intervención psicoterapéutica es la técnica del afrontamiento, de la cual podemos interpretar como lo que hacemos, en términos de actitud y comportamiento, lo que pensamos, como estructura cognitiva y lo que sentimos, como remanente emocional, ante un incidente significativo para nuestra existencia.

Implica un intento por regular la tensión y las variadas emociones que se experimentan, aparecen o se manifiestan, relacionadas con ella, bien sea que se tenga éxito o no en tal intento. *“Las personas emplean dos estrategias fundamentales de afrontamiento: resolución de problemas y afrontamiento centrado en las emociones, y cada una de ellas tiene diversas variantes”*. (Lazarus, R. y Lazarus, B. 2000: p 198)

Para el contexto de este trabajo haremos especial énfasis en el afrontamiento centrado en las emociones. En este orden de ideas, cabe preguntarse por qué hacer uso del afrontamiento como estrategia para optimizar el manejo de emociones y de las diversas formas de expresión de nuestro comportamiento, asumidas como consecuencia del impacto que las experiencias o acontecimientos, con alto significado existencial, tienen en nuestro modo de interpretar estos hechos y adecuar nuestras reacciones a ellos.

Encarar o afrontar las cosas puede resultar simple al enunciarlo pero, en los avatares de la cotidianidad, resulta complejo -por los múltiples aspectos que intervienen- y en cierto grado complicado -dependiendo de cada persona, su historia, creencias, valores, inteligencia, racionalidad, así como todas las inconmensurables características que lo definen y conforman su personalidad-. Vemos así que:

“No existe una estrategia de afrontamiento estándar apropiada, puesto que cada problema es diferente y requiere una solución diferente [...] Lo que hacen las personas como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrentan, las amenazas que supone, el tipo de personas que son -por ejemplo sus objetivos y creencias- y los resultados inmediatos de su intento de afrontamiento. (Lazarus, R. y Lazarus, B. 2000: p 198-200)

En particular, con respecto a dos de las variables empleadas en esta investigación, la psicoterapia cognitivo-conductual indica que los individuos ansiosos o deprimidos tienen esquemas de pensamiento muy característicos, que pueden ser activados por situaciones específicas o no muy específicas. En este esquema cognitivo se encuentra activado el pensamiento y tiene conexión con los lazos afectivos y motivacionales (Beck, 1976).

La ansiedad es en muchos aspectos una emoción única. Su trama argumental es una amenaza incierta. Debido a que no conocemos la naturaleza exacta del daño que nos puede ocurrir ni cuándo se materializará, y qué podemos hacer con ello, la amenaza subyacente es abstracta, indefinida y simbólica de otras cuestiones de nuestra vida, como quiénes somos y cuál será nuestro futuro. (Lazarus, R. y Lazarus, B. 2000: p 69).

Así pues, el pensar se vincula a la forma de reaccionar emocionalmente -aunque pueda resultar difícil lograr este reconocimiento- y a la manera en que nos llegamos a sentir como consecuencia de una experiencia personal. En este sentido, cabe señalar que *“Lejos de ser irracionales, las emociones tienen su propia lógica, que está basada en los significados que construimos a partir de las situaciones de nuestras vidas.”* (Lazarus, R. y Lazarus, B. 2000: p 19)

En cuanto a la familia, considerada la unidad básica en la estructura de la sociedad, como señalamos en el enfoque sistémico, se caracteriza como una entidad que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por su unión afectiva, cultural y social; además, en ella se construyen y reproducen patrones de conducta que se constituyen como tradición familiar.

Así pues, la familia tiene por encargo la tradición de cumplir con la función social de brindar protección emocional y afectiva a quienes la integran, en el sentido de que:

Los afectos y el conocimiento de los demás son vínculos que se refuerzan recíprocamente: podemos querer más fácilmente a quienes conocemos, y podemos conocer mejor a los que queremos. El saber acerca de los demás es un vínculo que apoya a diferentes tipos de relaciones sociales, al tiempo que queda reforzado por ellas. (Gimeno Sacristán, 2002: p 119)

Al ser asumida y vivenciada socioculturalmente como la primera estructura social del individuo, la familia representa un espacio de interacción que resulta fundamental para el desarrollo humano, la existencia y la transmisión de valores. Estos factores brindan el sustento de la identidad personal, con esto lo que se busca es que el individuo sea capaz de establecer relaciones psicosocioculturales.

La interacción que se crea y existe entre los integrantes de la familia se relaciona con la adquisición de hábitos y pensamientos. La conducta se considera aprendida ya que se adquieren gustos, preferencias, evitaciones y aversiones a través de la socialización.

Las conductas y las cogniciones son influenciadas por la misma familia, se adquieren desde el ámbito del hogar, comparten condiciones coincidentes para la formación con los conocimientos, las creencias, los simbolismos, las idealizaciones, las aptitudes y las prácticas sociales, estableciendo patrones de comportamiento que son parte de las tradiciones familiares.

Con respecto a la ansiedad y la depresión incontrolables, se da el caso de que llegan a ser consecuencia del agotamiento, deterioro o renuncia de otras conductas adaptativas. Este modo de proceder se crea progresivamente: al inicio el sujeto comienza a imitar conductas para lograr algún tipo de reforzamiento por lo que hace con y ante los demás pero, al no alcanzar dicha recompensa, comienza actuar dentro del paradigma de escape y/o evitación de situaciones, incidentes personas o circunstancias que le parecen aversivas, amenazantes o desagradables, afectando el tiempo de reacción y la efectividad con que pudieran encararse las adversidades, produciendo secuelas en la confianza que se tiene en sí mismo.

La ansiedad y la depresión se encuentran asociadas, por ejemplo, con la interrupción de noticias saludables o favorables establecidas con regularidad y, en caso de no ser así, la depresión y la ansiedad son consecuencia del suceso desencadenante que, de una forma progresiva, aparta a la persona de pensamientos optimistas o positivos importantes; siendo que de este modo repercute, con alguna afectación, en el corto plazo.

La ansiedad es una característica universal de la existencia humana. Todos la experimentamos. Cuando una amenaza ha pasado, siempre habrá otra a la que enfrentarnos. La ansiedad viene y va, es moderada e infrecuente en algunas personas o fuerte, recurrente o crónica en otras. Algunas incluso la viven como momentos de gran pánico. (Lazarus y Lazarus 2000: p 71)

En la situación del hospital, la madre sufre diversos síntomas ansiosos y depresivos llevando consigo sentimientos de culpa y minusvalía, esto conlleva sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y permanecer cercana al cuidado del neonato.

Vemos, en ese contexto y para la reacción de algunas madres, que *Todos utilizamos una serie de estrategias de afrontamiento para controlar la ansiedad, que pueden enmascarar lo que realmente está ocurriendo cuando no conseguimos controlarla. (Lazarus y Lazarus 2000: p 67)*

La familia, en su interacción cotidiana, pasa por periodos o momentos en los que aparecen pensamientos automáticos y distorsiones de ciertas cogniciones, debido a

que las emociones y las conductas negativas son persistentes, es por esto que el objetivo principal es modificarlas para adecuarlas a la situación (Risso, 2009).

En este orden de ideas, Albert Ellis (1962) indica que las personas no solo se trastornan por adversidades, sino también por un ambiente desafortunado, hostil, lo que provoca serias consecuencias, en el sentido del manejo emocional, y en la manifestación de conductas que devienen desagradables (Dumont y Corsini, 2003).

En la terapia racional emotiva y de conducta (TREC) diseñada por Ellis, se trabaja bajo la teoría de la personalidad, la filosofía y una técnica. Este autor (1980) propone, para la interpretación de la conducta, el modelo ABC

- A; Es un acontecimiento el que desencadena o activa en el presente y llega a estar asociado con las conductas, pensamientos o sentimientos del pasado.
- B; Es el sistema de creencias, que pueden ser irracionales o racionales, que trae consigo la persona.
- C; Se caracteriza por el conjunto de las respuestas de pensamiento, de conducta y emocionales, del sujeto, que se derivan de las creencias.

Los eventos, cuando son caracterizados como catastróficos por el sujeto que los experimenta, provocan pensamientos llamados autoverbalizaciones, esto depende del tipo de pensamientos que conllevan emociones como el enojo, el disgusto, la tristeza, la sorpresa, etc. Las conductas negativas se derivan de experiencias que provocan un malestar las cuales son fomentadas por las verbalizaciones de la misma persona (Kazdin, 2000).

El pensamiento negativo se origina, regularmente, por ideas que al contrastarlas con la situación vivenciada resultan irracionales, por la distorsión de la información y por la minimización de aspectos positivos, esto da lugar a tener conductas, suposiciones y creencias que se caracterizan como catastróficas (Lyddon y Jones, 2002).

2.4 Intervención en crisis

*Y yo en mi soledad quedaba estremecida,
algunas veces convertida en lágrimas furtivas
y en otras, francas y perturbadoras, sumadas a
un alerta de exigencia ilimitada, como si debiera
tener o inventar acciones y dar respuestas resolutorias.
Mis neuronas quedaron conectadas a atender la
incertidumbre y la impotencia en esa vigilancia y
alarma que impele a la acción. (Elda Goldman)*

Este enfoque de intervención incluye el diseño de múltiples estrategias y el uso de diversos procedimientos los cuales se eligen y aplican, como lo indica su nombre, en situaciones de crisis; se llega al momento de la crisis, regularmente, por el proceso que se genera como consecuencia de algún acontecimiento que resulta desestabilizador. El propósito consiste en ayudar a que el sujeto pueda recuperar el equilibrio psíquico y fisiológico, además de la seguridad y la confianza en sus interacciones, consigo mismo y con los demás.

Las experiencias de un periodo de crisis pueden llegar a ser de alto riesgo, tanto para la persona que la padece como para su familia y en algunos ámbitos del entorno social en los que participa; por tal razón, el sujeto requiere que la ayuda psicológica se encuentre disponible en todo momento. Una intervención oportuna promueve la creación de condiciones para intentar reducir el peligro, capitalizando la motivación y los recursos del paciente para que tenga la iniciativa de desarrollar habilidades que le permitan enfrentarse a las nuevas circunstancias, que son adversas y hasta devastadoras.

Este enfoque exige, con respecto al terapeuta que lo aplica, comprensión y flexibilidad, así como el dominio de habilidades y la expresión de actitudes que le permitan ayudar, cooperar, mostrar empatía, valorar el bienestar y las necesidades ajenas y, ser capaz de tener la suficiente sensibilidad, compasión y preocupación ante las necesidades de los demás.

La intervención en crisis implica no minimizar ni justificar las experiencias deteriorantes vividas por el sujeto involucrado en la crisis; estas experiencias que llevan a la crisis cabe decir que en gran medida son impredecibles y pueden representar una amenaza a la vida o a la integridad psíquica, fisiológica y social de la persona. En este sentido, resulta clave el poder brindar contención a quienes han sufrido algún evento devastador para que, de esta manera, logren dar un sentido a las experiencias traumáticas vividas.

De igual modo, conviene no “patologizar” a las víctimas, porque este proceder redundaría en una estigmatización que condiciona la percepción y la acción, resulta limitante y hasta paralizante: las conductas que se presentan al momento de la intervención, por lo general disfuncionales y, posiblemente, causantes de sufrimiento o malestar, reflejan

los mecanismos de adaptación y de acomodación a situaciones de traumatización que, de no atenderse, puede llegar a ser crónica.

Con la intervención en crisis se intenta localizar el nivel de equilibrio y funcionalidad que la persona tenía antes del incidente que lo desestabilizó para, con la intervención estratégica y sistematizada, potenciar las habilidades, emociones y actitudes que le permitirían enfrentar, aceptar, transformar y superar ese momento existencial.

En este sentido, la base que sustenta las intervenciones deberá ser, por parte del terapeuta, además de su profesionalismo, el respeto, la empatía, la connotación positiva y la creencia en la viable posibilidad de crecimiento de la persona que experimenta el suceso traumático, en el entendido de la negación devastadora que pudiera estar enfrentando. Esperamos que este planteamiento no se interprete como un optimismo exagerado, incluso ilusorio, fuera de la realidad que experimentan los pacientes y sus familias.

Para asegurar mayores posibilidades de éxito en la intervención en crisis es importante identificar las fortalezas y descubrir las debilidades, de inicio y durante el proceso, tanto de las personas como de los sistemas implicados en la crisis, con la debida pertinencia y en el entendido de las resistencias, negación y rechazo que se pudieran presentar. Hacerlo así permite obtener información acerca de que la persona pudiera encontrarse en un periodo de vulnerabilidad y desacierto, ubicando los límites de afectación, deterioro y desesperanza, para diseñar e implementar estrategias pertinentes de apoyo. De igual modo, con la información se hace posible complementar el conocimiento acerca de los ámbitos de su vida en los que aún es funcional y responde atinadamente a las demandas inmediatas de su entorno situacional, para saber en que apoyarse y lo que requiere adquirirse y desarrollarse, como habilidad o actitud.

Existen, de manera general, dos modalidades para la aplicación del procedimiento de intervención en crisis, las cuales se distinguen por el momento en que se interviene y el tiempo que dura el tratamiento, además de las características que las hacen diferentes:

- 1) La intervención en crisis de primer orden, que se refiere a la asistencia de forma inmediata al incidente, se lleva, regularmente, en una sola sesión y tiene como objetivo brindar apoyo emocional, reducir la mortalidad y redefinir las redes de apoyo, con la intención de promover que se expresen actitudes acordes a encarar la situación.
- 2) La intervención en crisis de segundo orden, que promueve un proceso terapéutico de forma breve se encamina a la resolución de la crisis de manera que el evento se integre al ritmo y condiciones de la vida actual del o los sujetos involucrados, este proceso puede llevar algunos meses (Slaikeu, 1996).

Un procedimiento de apoyo para el terapeuta, se considera atinado y viable, es la aplicación del modelo de intervención en crisis CASIC, que en seguida se presenta en sus diversos tópicos, sistematización y fundamentos: (Slaiukey, 1988).

- Conductual. Son actividades y conductas manifiestas; el funcionamiento y desempeño del sujeto se vuelve errático, manifiesta comportamientos que son desadaptativos y disfuncionales en relación con el medio y consigo mismo.
- Afectivos. Son el conjunto de emociones y sentimientos que se presentan con mayor frecuencia; por ejemplo enojo, alegría, ira, tristeza, temor, miedo etc., y que sirven como recurso para la adecuación, la distorsión o la negación afectiva de las circunstancias.
- Somática. Es el funcionamiento general corpóreo, que implica y conlleva a las enfermedades, sean actuales o que ocurrieron en el pasado, y de las cuales se obtienen sensaciones displacenteras, como son los tics, cefaleas, malestares digestivos y cualquier otro trastorno somático.
- Interpersonal. Son las relaciones que se establecen con otras personas; como son la familia, amigos, compañeros de escuela o de trabajo, vecinos, etc., poniendo en juego las habilidades sociales y el rol asumido, que puede ser diferente con cada una de esas personas o dependiendo de la situación.
- Cognoscitiva. Haciendo énfasis en las representaciones mentales distorsionadas, que son construidas por el sujeto en la experiencia vivencial con respecto al pasado y el futuro. Incluye, por ejemplo, pensamientos catastróficos, sobre generalización, racionalismos, idealización, sobre los incidentes y situaciones relacionados con la experiencia que debe ser asimilada.

Para el caso trabajado en esta tesis, se nota que, cuando algunas mamás recibieron noticias inesperadas de sus pacientes internados en la UCIN presentaron conductas impulsivas o relacionadas con alguna descompensación fisiológica leve o moderada, en este momento es cuando los profesionales de dicha área llaman al departamento de psicología para que intervenga con la madre.

El trabajo psicoterapéutico con la madre tiene el propósito de asegurar que su vida, o la de alguien más que sea cercano a ella, no peligre; la intervención implica que primero se trabaje con el área conductual y afectiva, posteriormente, cuando la madre haya expresado su sentir y manifieste comportamientos favorables para superar la situación de crisis, se le canaliza al área somática, donde lo que se hace es promover la auto regulación de las sensaciones a nivel corporal.

Hecho lo anterior, se pregunta a la madre por sus redes de apoyo para, en seguida, intervenir en el nivel cognitivo, intentando, con el debido compromiso, respeto, empatía y profesionalismo, alejar los pensamientos catastróficos y negativistas, razón por la que, en colaboración con el sujeto y fomentando el que asuma con responsabilidad y logre aceptar las circunstancias desfavorables y desgastantes.

El paso siguiente es proponer y contribuir a que el sujeto genere la creación e implementación de nuevas estrategias psicológicas para que puedan desarrollar mayor resiliencia, valorando que sean pertinentes a la situación en la que se encuentra.

Una vez realizadas y evaluadas estas actividades se mantienen acciones, desde la perspectiva de una supervisión multidisciplinaria y durante el tiempo que se considere pertinente, para asegurarse que la madre está fuera de peligro.

En este punto de la argumentación cabe retomar la idea de que la psicoterapia no es una ciencia en términos experimentales, incluso metodológicos sino una ciencia holística ya que no se puede comprobar ni repetir bajo las mismas circunstancias; este modo de ver las cosas nos permite cuestionar si el trabajo realizado:

¿Verdaderamente sirve de ayuda a la gente para que pueda cambiar su manera de encarar situaciones adversas como las aquí planteadas? O bien ¿Realmente ayuda a los sujetos a vivir mejor?

Sabemos que medir un cambio en psicoterapia es verdaderamente difícil, pero aun así, como psicoterapeutas quisiéramos tener pruebas de que lo realizado en beneficio del paciente y sus familias vale la pena, esperando así que, si la gente va a terapia logre desarrollar procesos efectivos de cambio y mejora, con impacto positivo en su estilo de vida y en sus expectativas familiares.

2.5 Manejo del duelo

La muerte se puede hacer relativamente más aceptable en ciertas culturas, donde existe una menor negación y disimulo desde el principio hasta el final de la vida. Pero uno no debería precipitarse con estos juicios. La lucha psicológica que rodea la irreversibilidad de la muerte parece ser universal, un aspecto de la emergencia evolutiva de la mente humana. (Robert Lifton)

El duelo es el proceso emocional que una persona lleva a cabo después de la pérdida de algo o alguien con quien tiene un lazo afectivo. Es único e inimaginable, causa que la persona observe al mundo como "algo lento e irreal"; quien experimenta el duelo no tiene certeza de lo que está ocurriendo, no logra entender cómo sobrevivirá y ni siquiera si vale la pena intentarlo.

Tiene pensamientos catastróficos como el que nadie lo puede hacer sentir mejor, que no vale nada. La pérdida es personal, lo que se busca con el duelo es el reconocimiento de la pérdida. Kübler-Ross y Kessler (2003), señalan que el duelo es una parte de la pérdida que va acompañado de las acciones, rituales y/o costumbres.

Freud (1973) dice que el duelo es una reacción natural frente a la pérdida, en la mayoría de casos se resuelve conforme pasa el tiempo. Existen casos en que se acentúa y prolonga dicho estado, por lo que la persona que lo vive llega a resultar autolimitante, desencadenando variadas alteraciones físicas o mentales que, de no ser procesadas, cobran gran importancia y, en ocasiones, pueden aumentar la probabilidad de morbilidad y mortalidad.

El duelo se vive como un proceso doloroso normal, busca encontrar la adaptación y la armonización de la situación interna y externa de la persona frente a una nueva realidad. Para llegar al significado del duelo se debe estar en contacto con el vacío de la persona valorando su importancia, sufrimiento y frustración que comporta su ausencia (Bucay, 2002: p 81).

Bucay (2002), dice que el proceso del duelo permite poner al ser querido en el lugar que merece entre los tesoros del corazón, para poder pensar en él y recordarlo sin dolor, esto permite darle un sentido a todo lo que se ha vivido. La muerte puede ser traumática si hay una conexión con los deseos de muerte que inconscientemente se han tenido vinculadas con las personas significativas, es decir, el duelo puede ser aplicado en un estado de ánimo peculiar, este puede ser normal o patológico.

El proceso del duelo para Freud (1973) es el desinvertimiento (la ausencia de afecto cuando la relación imaginaria falta) del objeto y el revestimiento de otro objeto, en el duelo normal la persona se ve llegando al destino del muerto y abandonar también la vida. (Hay una identificación con el bebé en forma melancólica de duelo. El duelo llega a ser un proceso que conmociona toda la vida del sujeto, son los padres quienes sostienen que hay un reconocimiento del objeto. Los padres penan por el hijo que no vivió y la vida que no pudo vivir.)

En este sentido, no existe un término que defina a los padres que pierden a un hijo, desde ahí ya se refleja la complejidad del asunto sin importar si el hijo llegó a nacer. La muerte intrauterina representa una pérdida de las más significativas, la autopercepción de las madres del funcionamiento inadecuado de su cuerpo se asocia con la autoimagen y sentimientos de poca valía (Adolfsson, Larsson, Wijma y Bertero, 2004).

La muerte de un hijo rompe con todos los esquemas imaginarios, es una ruptura en el proceso de la vida porque va en contra de las expectativas y aspectos biológicos, el dolor que se experimenta por la pérdida de un hijo es considerado como uno de los eventos emocionales más intensos que puede experimentar el ser humano.

Bien dicen Lazarus y Lazarus (2000: p 110) que La muerte [...] nos recuerda nuestra propia desaparición inminente [...] En el proceso del duelo, la persona busca activamente maneras de evitar la pérdida o de deshacer lo ocurrido. Este intento, y el esfuerzo por recuperar lo que se ha perdido, no ocurrirían si la persona que está penando hubiera asimilado firmemente la pérdida como irrevocable. (Lazarus y Lazarus, 2000: p 108).

Existe el duelo anticipado, esto quiere decir que es previsible la muerte del ser querido, este acontecimiento puede disminuir el impacto del choque emocional frente a la pérdida y favorecer la resolución de un duelo posterior, estrechando aún más el vínculo entre el paciente y su cuidador (Vargas, 2003).

Cuando alguien muere por una enfermedad crónica, o de causa natural, los familiares adquieren la posibilidad de hablar y reparar muchas cosas, esto facilita el proceso de duelo, porque representa un evento esperado. Sin embargo, conviene considerar que:

Aunque no existe una regla aplicable por igual a todos los individuos, muchas o la mayoría de las víctimas de una pérdida importante -que es la provocación para la tristeza, pena y depresión- combaten durante un periodo de tiempo en el que protestan por la pérdida y luchan contra ella, quizás incluso negándola, antes de aceptarla por completo. Sólo cuando se reevalúa la pérdida como irrevocable la pesadumbre se convierte en tristeza. (Lazarus y Lazarus, 2000: p 107).

En cambio, la muerte súbita o la anunciada de un hijo desestructura psíquica y existencialmente a los padres, afectando la funcionalidad de sus vidas y el devenir

inevitable de la existencia, esto porque no hay tantos elementos de donde afianzarse, a menos que se cuente con una red social de apoyo, que brinde el soporte emocional necesario.

Para cualquiera resulta entendible que la muerte de un hijo provoque mucho enojo, frustración y culpa, además de una desesperanza que crea incertidumbre, un dolor desgastante y desaciertos en el modo de enfrentar y conducir los diversos aspectos de su vida cotidiana.

En esta situación de pérdida, los padres experimentan con intensidad y devastación que muere una parte importante de ellos ya que queda afectado el más importante vínculo de amor: el amor por la vida misma. (*Tizón & Sforza, 2008: p 182*).

La muerte del bebé genera en los progenitores una experiencia significativa, la pérdida lleva consigo un dolor devastador con sentimientos particulares. Los padres pasan por un estado de shock que llega a ser muy notable y duradero comenzando así una especie de desequilibrio afectivo y del comportamiento, teniendo un gran sufrimiento, ansiedad y pensamientos e interrogantes.

De tal suerte que, en el devenir de la existencia y ante un hecho inesperado de pérdida, cuando se han depositado tantas expectativas, resulta que: *Es habitual reaccionar con aturdimiento y al parecer sin emoción inmediatamente después de la primera conmoción tras el descubrimiento de una pérdida.* (Lazarus y Lazarus, 2000: p 106).

Quizá podamos asegurar, al respecto, que *Los padres crean un vínculo antes de que nazca el bebé, reviven sentimientos de su infancia y los relacionan con sus figuras parentales. Logran ver al hijo como una extensión de deseos conscientes e inconscientes. Tienen un significado particular que lleva consigo sus propias implicaciones y sueños, "un bebé representa una nueva vida, y la vida muestra que algunos bebés mueren".* (Lieberman, 2007: p. 139).

Ante un hecho de esta naturaleza es normal sentir culpa, frustración y arrepentimiento, porque es una manera de seguir estableciendo el lazo con su hijo fallecido y de darle algún sentido concreto e inmediato a la experiencia del duelo, al menos en ese momento; vemos así necesario que los padres procesen tanto lo significativo como lo inevitable e irreversible del acontecimiento, asumirlo, elaborarlo y resignificarlo, permitiéndose el "darse cuenta" de que todo lo que sucede tiene un sentido.

En el proceso del duelo, la persona busca activamente maneras de evitar la pérdida o de deshacer lo ocurrido. Este intento, y el esfuerzo por recuperar lo que se ha perdido, no ocurrirían si la persona que está penando hubiera asimilado firmemente la pérdida como irrevocable. (Lazarus y Lazarus, 2000: p 108).

Soler y Jordá (1996) definen al duelo como un proceso que se da de forma dinámica y personal, en este proceso es común que intervengan diversos tipos de pensamientos, sentimientos (incluyendo síntomas físicos y emocionales) y acciones siguientes a la anticipación o pérdida de una persona o cosa amada.

El duelo por la muerte de un hijo y quizá con cualquier tipo de pérdida se diferencia de otros por un intenso dolor que conlleva la separación y está compuesta, según Kübler (2009), por negación, ira, negociación, depresión y aceptación, durante este proceso el familiar se debe encargar de las situaciones y emociones que experimenta para alcanzar una reestructuración, recobrar el equilibrio y encontrar un sentido a su vida.

- Negación. Es el rechazo, puede ser consciente o inconsciente, de la realidad de una situación.
- Ira. Se genera, regularmente, un resentimiento hacia la persona que ha fallecido, contra las personas que están alrededor, contra la vida y contra sí mismo.
- Negociación. En esta etapa el familiar busca negociar con su espiritualidad algo a cambio para que su familiar reviva.
- Depresión; Se tiene un sentimiento de tristeza, miedo, incertidumbre y profundo dolor por la pérdida. *La mejor manera de pensar en estas palabras es considerar la depresión como una compleja respuesta emocional ante la pérdida. El desespero es la visión de la vida subyacente a la depresión.* (Lazarus y Lazarus, 2000 p 114)
- Aceptación; La persona resignifica el acontecimiento trágico gracias a la fase de depresión. *La diferencia entre resignación y aceptación es sutil. Cuando nos resignamos, reconocemos con renuencia o aflicción la pérdida; cuando la aceptamos, hemos llegado a un acuerdo con ella y ya no nos sentimos intensamente acongojados, aunque todavía nos podemos sentir tristes de vez en cuando.* (Lazarus y Lazarus, 2000 p 109)

Davidson (1995) plantea que, en el caso de perder un hijo debido a una muerte perinatal natural o como consecuencia de una muerte fetal tardía, o a un bebé que muere al poco tiempo de ser dado a luz, o de muerte súbita, los padres pueden tener graves problemas para elaborar dicha pérdida, siendo así consecuencia de la afectación y la pena que se hallan estrechamente relacionados con la duración de la gestación, principalmente si el bebé había sido deseado por un largo periodo de tiempo.

El duelo en la madre, a diferencia del padre, puede llegar a ser cualitativo y cuantitativo; en principio porque en el cuerpo vacío de ella, en sus senos llenos de leche, en el recuerdo vivido de ese ser en su vientre, y por las ilusiones generadas, se dejó un rastro. (Gómez Sancho, 2007: p 185).

Para el padre, la muerte de un hijo puede representar elementos como la sensación de ser privados de la supervivencia biológica, y la inminente desesperanza, evento con el que se anulan las posibilidades de llevar a cabo acontecimientos imaginados, ya que esas fantasías eran idealizadas y ahora ya sólo están en la memoria. Obteniendo así la pérdida física y de los sueños.

El duelo es un proceso individual, estar en proceso de duelo conlleva a una variedad de duelos que llegan a no tener un sentido. Cuando es trabajado el duelo puede llevarse hacia otro lado la cristalización de la relación, esto puede llegar a colocar a los padres en la posición de cuestionarse aspectos vitales y trascendentes de sí mismos.

La pérdida de un hijo es traumática, genera culpas que son injustas, nubla la capacidad reflexiva limitando la disponibilidad de los padres hacia otras personas. Por ejemplo, para el caso que ocupa esta tesis, la muerte neonatal es un hecho irreparable que se encuentra asociado con la pérdida de la esperanza, de la planificación de los sueños y la trascendencia de los progenitores.

La culpa del duelo puede surgir de la creencia que no hicimos todo lo posible para evitar la muerte, para comunicarnos con la persona antes de que muriera, para apreciar suficientemente a la persona, o hacerle la muerte más fácil [No obstante, se coincide en lo siguiente] Una de las características más interesantes de la esperanza es que, cuando disminuyen las probabilidades que tiene la persona de un mejor resultado, la esperanza no necesariamente se abandona del todo, sino que limita su campo para mantener vivo un pequeño resultado positivo que puede que todavía sea factible. Esta limitación es una manera de enfrentarse con la dolorosa realidad de la pérdida. (Lazarus y Lazarus, 2000: p 110 y 103)

Por otra parte, la negación de la importancia del proceso de duelo de parte de algunos médicos hacia los padres repercute en la falta de intervención, de este modo en pocas ocasiones se brinda un seguimiento durante todo el proceso, se apuesta por el olvido y es parte de un efecto del contexto que pretende ocultar la muerte desde la infancia.

Se espera que los planteamientos, expresados sucintamente en este capítulo, permitan lograr el propósito que se ha planteado. Así fue para quien esto escribe, por lo que hacerlo extensivo a la experiencia de otros psicólogos permitirá su debate y enriquecimiento.

Cabe considerar, y acotar con el suficiente énfasis, el respeto irrestricto y la empatía, en el acompañamiento psicológico, hacia quienes viven el proceso de duelo; no es nuestra intención, por lo que pretendemos evitar que así se interprete, minimizar o trivializar la lucha con el dolor por la pérdida, es tan sólo formular como un argumento contundente, la necesidad, y hasta exigencia de encontrar la respuesta pertinente y ecuánime ante lo que deviene irrecuperable.

Resta presentar, como elemento de análisis, para actuar con sobriedad, y como punto culminante de este apartado la plegaria de serenidad que utilizan en alcohólicos anónimos, que tomaron prestada de unos prelados que vivieron en la edad media: <<Que Dios me conceda la fuerza para intentar cambiar lo que puede ser cambiado, la serenidad para aceptar lo que no se puede cambiar, y la sabiduría para saber diferenciarlo>>. Saber la diferencia realmente supone un dilema muy angustioso. (Lazarus y Lazarus, 2000, p 203).

Capítulo 3. Encuadre de conceptos y procesos técnicos

3.1 Problemática de estudio y población

El contenido de este apartado se desarrolla con la finalidad de: 1) ofrecer al lector referentes conceptuales y técnicos; 2) presentar los requerimientos del hospital para dar seguimiento al trabajo del departamento de psicología y; 3) disponer de una guía de trabajo en los componentes esenciales definidos por el departamento de psicología.

En este sentido, la satisfacción familiar, como problemática de estudio, es entendida como el resultado del continuo juego de interacciones (verbales y/o físicas) con los miembros de la familia de las madres en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez; tal satisfacción, en el proceso que viven las familias, se ve afectada por los niveles de ansiedad y depresión durante el internamiento de sus hijos, siendo precursora de otros problemas a nivel familiar.

Población

Se aplicaron treinta y tres cuestionarios a madres que tenían un hijo internado en la UCIN, solo un padre solicitó que se le aplicaran los cuestionarios.

3.2 Preguntas de investigación y objetivos

- ¿Los procesos de ansiedad y depresión experimentados por las madres afectan la dinámica familiar y la estructuración de la misma, por lo tanto, influyen directamente el nivel y desarrollo de la satisfacción familiar de las madres que tienen un hijo en la UCIN del HIMFG?
- ¿A menor nivel de depresión y ansiedad de las madres de UCIN del HIMFG, la satisfacción familiar será menos afectada?

- ¿La relación entre los niveles de ansiedad, de depresión y la satisfacción familiar están en función del tiempo de estadía del neonato en la UCIN?

Objetivo General

Identificar y describir la relación entre los factores emocionales (ansiedad y depresión) y la satisfacción familiar de las madres que tienen un hijo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Objetivos específicos

Identificar y describir si la variable de ansiedad se relaciona con la satisfacción familiar de las madres que tienen un hijo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Identificar y describir si la satisfacción familiar se relaciona con el nivel de depresión que reportan las madres al tener un hijo internado en UCIN.

Indicadores

3.2.1 Satisfacción familiar

La familia, como se interpreta en este escrito, es un sistema en donde se establecen relaciones entre dos o más personas a través de vínculos interpersonales, los cuales generan compromisos que definen las condiciones para vivir en armonía y estructurar las bases para formar una institución.

Es la estructura de la familia, como una organización que se caracteriza por posiciones o lugares que pueden ser ocupados por diferentes personajes, los cuales cumplen funciones determinadas. Cada miembro de la familia no establece su posición por sí mismo, puede lograrla en la relación con los otros integrantes, por lo cual todos los miembros, y sus interacciones, están mutuamente condicionados.

El ámbito de la familia está constituido por un campo relacional donde se generan, se articulan y se influyen diversos fenómenos que son producto de la interacción, como los procesos psíquicos de cada uno de sus miembros y las relaciones que se asientan al interior de la familia en su conjunto.

La familia está caracterizada por aspectos emocionales que dan las bases para una formación elemental de la personalidad, como son las actitudes y las creencias; estas interacciones posibilitan o dificultan las relaciones establecidas con los demás. Cuando se es bebé no se encuentran diferenciados los roles de cada miembro, esto se va conformando hasta que se logra ubicar a cada uno de los miembros de la familia. (Vargas, Ibáñez y Hernández, 2012)

Con los vínculos establecidos simbólicamente y realmente se van generando apegos, que son caracterizados por la afectividad generada en la interacción familiar, estos apegos son necesarios para crear una relación estable entre el cuidador que atiende y el neonato.

Kerr (2003), refiere que las acciones implementadas por las personas al interior de un triángulo relacional reflejan sus esfuerzos para asegurar sus apegos emocionales con otras personas que consideran importantes para ellos, demostrando en sus reacciones gran intensidad en sus apegos, hasta el extremo de tomar partido en los conflictos de los demás, en un intento por resolverlos.

La familia, como institución, es el núcleo de relaciones primarias, en donde se hace posible desarrollar estrategias de interacción, las cuales permitirán el ser perteneciente a un grupo social; por tal motivo, la familia ejerce funciones específicas, las cuales logran ir más allá de la transmisión de educación de valores y normas de una sociedad, promoviendo el desarrollo de creencias, pensamientos, sentimientos y actitudes, que asignan un modo de ser que es asumido y constatado por cada uno de los integrantes. (Molpeceres, Musitu y Lila, 1994)

Las interacciones que se establecen en las familias inician un proceso fenomenológico existencial por el cual cada uno de los miembros de una familia las perciben y valoran en función de las características de comunicación que existen entre los miembros, estableciendo el nivel y grado de cohesión, identidad y pertenencia que se genera entre los integrantes, el nivel y grado de adaptación familiar de los miembros entre sí. (Sobrino, 2008).

La satisfacción familiar es la sensación y creencia que se experimenta por cada uno de los integrantes, siendo el producto del continuo juego de interacciones (verbales y /o físicas) que mantiene con los otros miembros de la familia. Cuando las interacciones en la familia resultan gratificantes, el sujeto tenderá a estar satisfecho, sin embargo, cuando asumen un carácter punitivo, tenderá a estar insatisfecho. (Ibáñez, Vargas y Cabrera, 2003).

Desde esta perspectiva, pensemos en que en el núcleo familiar coexisten diferentes componentes, los cuales constituyen la estructura y funcionamiento de la familia, esto

quiere decir que la satisfacción familiar, como lo nombra Sobrino (2008), es una medida subjetiva, por lo cual es interpretativa, con esto se retoma un proceso al interior del individuo el cual es fenomenológico porque se trabaja dentro de rangos atribuibles a la percepción y la valoración por lo que, cuando hay un desajuste en la estabilidad familiar, se genera un desequilibrio en el sistema.

Los integrantes de la familia se van ajustando tanto psicológica como socialmente entre sí, de tal modo que los conflictos van disminuyendo y, así, se va generando una mayor sensación de bienestar personal y satisfacción familiar, esto se da por la intra e interarmonía que se adquiere y se desarrolla en la interacción. (Sobrino, 2008).

Todos los integrantes del mismo sistema familiar, en su dinámica de interacción, van realizando nuevos ajustes al conflicto, con lo que se generan nuevas circunstancias. Al ser entendido así, la satisfacción será el resultado de una respuesta subjetiva y única del sujeto, que se retoma a partir de las habilidades de adaptación y comunicación. Los integrantes de la familia tienen una gran influencia para pensar, sentir y actuar, sin embargo, suelen variar en la manera de pensar del grupo, dado que ejercen diferentes presiones para lograr la conformidad del mismo. (Kerr, 2003).

Existen diversas clasificaciones para identificar los tipos de satisfacción; al respecto, Jackson (1977) clasifica cuatro tipos que son:

- **Satisfacción estable**

Los padres tienen el control de las decisiones a tomarse, la estabilidad emocional de los integrantes se mantiene gracias al apoyo en diversas situaciones, las cuales son superadas y vuelven al estado de estabilidad.

- **Satisfacción inestable**

Es la modificación, o la nueva relación establecida, que la familia debe ir co-elaborando progresivamente hasta que se logre un acuerdo de asumir roles en situaciones nuevas.

- **Insatisfactoria estable**

Se sabe quién está a cargo, no hay discusión de quién conduce la relación; ninguna de las partes involucradas expresa insatisfacción con la relación porque no se reconocen las necesidades de los otros integrantes de la familia.

- **Insatisfactoria inestable**

No existe ningún control de las distintas aéreas en donde participan, o quién toma la iniciativa ante qué; los momentos de estabilidad son breves y los de inestabilidad son muy prolongados.

Contemplar estos aspectos, en la calidad de vida del sujeto, es de suma importancia. El grado de satisfacción alcanzado por un sujeto predice, en alguna medida, la dinámica del funcionamiento familiar, el cual es el resultado del juego de interacciones que se desarrollan en el plano familiar. (Barraca y López-Yarto, 1997).

La satisfacción familiar está dada en cuatro estructuras (Luengo y Román, 2011):

1. Estructura nuclear. La familia se constituye por los padres y madres, que conviven con sus hijos a su cargo y cuya formación se encuentra localizada en el matrimonio o en las nuevas formas de cohabitación.
2. Estructura monoparental. Esta familia se encuentra constituida por uno o varios hijos que solo cuentan con un solo progenitor, el cual se localiza en situaciones de desestructuración familiar.
3. Estructura compleja. La familia se encuentra como el resultado de la convivencia de al menos tres personas; padres que tienen a su cargo hijos los cuales residen con los progenitores de origen.
4. Estructura binuclear. Esta familia se encuentra constituida por dos adultos e hijos convivientes a su cargo, derivada del emparejamiento de los progenitores.

A través del trabajo terapéutico directo con las madres, y en ocasiones con los familiares, se busca contribuir al buen funcionamiento; fortalecer los lazos o redes de apoyo de los integrantes para que puedan llevar de manera más eficaz la estancia y el apoyo al bebé y a la madre.

3.2.2 Ansiedad

La ansiedad puede ser entendida como la anticipación aprehensiva de un futuro daño, a la que acompañan sentimientos de disforia (disminución del tono de humor acompañada de desconsuelo, ansiedad, irritabilidad y excesiva reactividad a los estímulos) y síntomas de tensión. Se puede anticipar un daño en el que la reacción sea referida como pérdida de cariño; resulta ser subjetiva porque es una sensación que

suele ser acompañada con aspectos corporales, los cuales llegan a ser reales o no reales.

Luego entonces, la ansiedad sería la aprehensión a un temor excesivo sobre algunas circunstancias, las cuales pueden ser reales o imaginarias. Un aspecto de la ansiedad es la preocupación o inquietud excesiva sobre los posibles resultados imaginarios. Esta preocupación puede ser improductiva porque interfiere con la capacidad de los individuos para tomar decisiones, esto se puede observar tanto en reacciones físicas como de pensamiento y de conducta.

La ansiedad está vinculada con varios signos, como la tensión motora, hiper-activación e hiperactividad, compuesta por sensaciones de inquietud, escasa capacidad para relajarse y contar con una constante fatiga. En ella se presentan dolores de cabeza, así como dolores musculares.

Mendlowicz (2000) define a la ansiedad como una sensación difusa, desagradable y vaga, que actúa en respuesta a una amenaza desconocida. No obstante, es una emoción natural en todos los humanos, resultante de una respuesta adaptativa a las diversas situaciones de vida. (Yerkes, Dodson, 2000).

La ansiedad, en ocasiones, llega aparecer como trastorno en algunas personas siendo así una reacción psicógena anormal, esto quiere decir que aparece y se involucra un efecto negativo. Este trastorno podría ubicarse como una falla en generar respuestas adaptativas a las nuevas situaciones.

La mayoría de las personas han tenido periodos donde experimentan ansiedad como respuesta a ciertas situaciones, que activan mecanismos de defensa para nuevas situaciones, estas repuestas varían dependiendo del estímulo que las produzca. Esta respuesta viene acompañada de sentimientos, emociones y sensaciones, como miedo, inseguridad, preocupación, nerviosismo y aprensión. (Baeza, Balguer, Bechi, Coronas y Guillamón, 2008).

Los trastornos de ansiedad forman parte de los trastornos mentales más comunes y frecuentes, la ansiedad es parte de un estado de ánimo o tono emocional. Este trastorno puede ser la contraparte patológica de un miedo normal, se manifiesta con alteraciones en el estado de ánimo, así como alteración de algunos pensamientos, del comportamiento y de la actividad fisiológica.

Este síntoma alerta de forma significativa el comportamiento de las personas que la presentan cuando la ansiedad comienza a ser parte de las conductas desadaptativas, esto trae consigo una respuesta la cual está fuera de proporción ante la situación que

se está viviendo; así, el sujeto se ve incapacitado para enfrentar nuevas situaciones, estas situaciones requieren una salida y alternativas para la resolución de conflictos, lo cual resulta contrario a la ansiedad adaptativa, que permite una sana adaptación al medio. (Gray, 2008).

La ansiedad actúa como base de muchos trastornos psicológicos y forma parte de la activación del sistema nervioso simpático, es generadora de una respuesta a una situación peligrosa. Esta respuesta es la anticipación del peligro.

Por otra parte la ansiedad moderada puede generar o dirigir la atención del individuo al peligro y ser así motivadora de la conducta. Cuando la ansiedad es severa, todo comienza a tornarse en desorden, los altos niveles de ansiedad producen una gran cantidad de activación. En ocasiones, quienes la padecen, producen una pérdida de atención y concentración. (Hoehn- Saric&MacLeod, 2000).

Sin embargo, la ansiedad también permite enfrentar cualquier situación que se presente como amenaza, en ocasiones suele mejorar el rendimiento y posibilita la adecuación de algunas personas. Esto promueve el establecimiento de estrategias, alerta al organismo y activa mecanismos de defensa para la adaptación al medio.

En el DSM V la ansiedad generalizada se describe como.

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres, o más, de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses).

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta
2. Facilidad para fatigarse
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular

6. Problemas de sueño

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Cuando hay ansiedad se tiene una reacción fisiológica y psicosocial, las madres tienden a estar en un momento donde hay mucha tensión y cansancio, esto provoca en ocasiones un descuido en la otras áreas de su vida, un evento así genera un desequilibrio físico, emocional y en ocasiones espiritual.

3.2.3 Depresión

La depresión, en términos, médicos es una enfermedad que repercute en distintas funciones del cerebro, como son la memoria y el pensamiento, en estados de ánimo, en el desempeño físico y de la conducta. (Cardonna, 1990).

La depresión, nombrada comúnmente enfermedad depresiva o depresión clínica, está caracterizada por tener una duración de por lo menos dos semanas, en este periodo hay síntomas específicos, los cuales están relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento desganado y el pensamiento catastrófico, esto lleva consigo un deterioro en el funcionamiento de la vida cotidiana. Requiere tratamiento psicológico y en ocasiones médico.

La definición del DSM V, indica que la depresión está considerada como un trastorno de ánimo que se caracteriza por una alteración en el humor, se manifiesta como un

trastorno entre cuyos estados de ánimo se encuentran la tristeza, melancolía y desánimo o pérdida del placer e interés. Es más frecuente de lo que se piensa.

Depresión mayor DSM V.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante al menos 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad de sentir placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi día a día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en distintas áreas de funcionamiento de la persona.

C. El episodio no se atribuye a causas o a los efectos fisiológicos de una sustancia o de afecciones médicas.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Los síntomas se asocian con alteraciones de apetito, cambio en el peso, alteraciones de sueño, alteraciones psicomotoras debido a la disminución de energía, esto conlleva sentimientos inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento de atención y concentración e ideas de muerte recurrentes, en ocasiones ideas e intentos suicidas.

El periodo desde el embarazo hasta después de dar a luz es un tiempo de vulnerabilidad en la vida de las mujeres que deben enfrentar varios cambios como son los físicos y cambios de roles. (Arranz, Gaviño, Escobedo, 2005)

Las mujeres que dan a luz en ocasiones sienten tristeza, lo que comúnmente se nombra "baby blues". (Fossey, Papiernik, Bydlowski; 1997) indican que es tristeza posparto, que se caracteriza por los cambios hormonales en los neurotransmisores y la situación social por la llegada de un nuevo miembro a la familia.

Después de dos o tres semanas la mujer se regulariza y no requiere de atención médica especializada, en este periodo la mujer puede tener dificultad para cuidar al recién nacido, una de las diferencias con la depresión posparto es que la madre se siente cada día mejor.

La depresión perinatal la padecen gran número de mujeres, las cuales atraviesan por un momento de vulnerabilidad a la depresión la cual comienza en muchas ocasiones antes del parto y se extiende poco después de 6 semanas de que ya dieron a luz.

Arranz, Gaviño y Escobedo (2005) indican que la depresión posparto se encuentra dividida en 4 episodios, los cuales son:

1. Depresión crónica perinatal: Son mujeres que padecen de depresión crónica y esta prevalece durante y después del embarazo.
2. Depresión gestacional: Aparece durante el embarazo ó aparece semanas antes del parto.
3. Reacción depresiva puerperal: Depresión que se presenta al cuarto día del nacimiento y termina alrededor de las 4 semanas posteriores.

4. Depresión postparto: Aparece a partir de la cuarta semana después del parto la cual se asimila a la depresión mayor.

Las madres tienden a una alteración en su estado de ánimo, siendo contantes y predominantes emociones y sentimientos como estar descorazonada y temerosa; en ocasiones les quita el sueño, el apetito, sienten fatiga y tienen alteraciones psicológicas como confusión, desesperanza, irritabilidad, autoestima baja y, a veces, pensamientos de auto destrucción.

3.3 Definición de Satisfacción Familiar, Ansiedad y Depresión

De acuerdo con Quintanilla et al. (2013), la satisfacción familiar es el resultado del continuo juego de interacciones (verbales y/o físicas) del sujeto con los miembros de su familia. Incluye la suma de distintos sentimientos que despierta él mismo al estar en interacción con los demás. Puede considerarse como la valoración del estado de ánimo despertado por la familia basado en las experiencias positivas o negativas.

Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Está compuesta por 27 ítems, cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos. La escala se aplica a partir de los 16 años de edad. El tiempo requerido para su contestación es aproximadamente de 10 minutos. Las posibles puntuaciones de cada uno de los antónimos es de 1 (aspecto negativo) a 6 (aspecto positivo), llamadas puntuaciones directas, que se suman para obtener la puntuación total de la escala (máximo 162 puntos).

Con la puntuación total se obtienen los centiles, según los cuales se determina la satisfacción familiar: 10-20 muy baja; 21-39 baja; 40-60 media; 61-79 alta y 80-90 muy alta satisfacción familiar; sin embargo, en general las puntuaciones por encima del centil cincuenta indican una vivencia satisfactoria de la propia familia; este instrumento cuenta con una confiabilidad 0.89.

Ansiedad

Es la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus y Folkman como se citó en Aguilera &Whetsell, 2007).

Spielberger (1973) define el estado de ansiedad como las sensaciones subjetivas, conscientemente percibidas de manera transitoria, es decir, que la aprehensión, tensión y preocupación varían de intensidad y fluctúan en un cierto tiempo.

El instrumento IDARE está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) La llamada Ansiedad- Rasgo (A- Rasgo), y 2) La llamada Ansiedad Estado (A- Estado). Consta de 40 reactivos en total y tiene un índice de confiabilidad por arriba de 0.83.

La distinción de ansiedad rasgo- estado (ser-estar) cómo se siente el sujeto "ahora", "en este momento", y que indican intensidad en 4 categorías (1- no totalmente, 2- un poco, 3- bastante, 4- mucho) responden a la subescala de Ansiedad-Estado, y siempre debe ser presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de Ansiedad- Rasgo, que se refiere a como se sienten "por lo general", "habitualmente", y se contestan también en 4 puntuaciones de frecuencia (1- casi nunca, 2- algunas veces, 3- frecuentemente, 4- casi siempre). Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad.

Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del apetito, sensación de cansancio, entre otros. (OMS, 2003)

La Escala de Beck-II es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana.

Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 3 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 63 la máxima a obtener.

Los puntos de corte de la escala se emplean para ser una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de: 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos 10 a 16 indica depresión media 17 a 29 refleja depresión moderada 30 a 63 indica una depresión severa. El tiempo de aplicación de la escala es de 5 a 8 minutos utilizando un punto de corte de 14 se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86.

3.4 Población, procedimiento y resultados

La población seleccionada está conformada por madres que ingresan un hijo a la UCIN del HIMFG del mes de julio a septiembre del año 2015. Los únicos criterios de inclusión son estar de acuerdo en participar en el estudio, llenar el consentimiento informado, contar con un mínimo de estancia en el hospital del al menos tres días y terminar de contestar los cuestionarios.

Procedimiento.

Al ingresar un menor al área de Neonatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez, el área de trabajo social contacta a las madres de los menores con los psicólogos para que colaboren en la investigación. Se realiza una primera entrevista con el objetivo de establecer rapport con la madre y acompañarla durante su estancia en el Hospital, se les comunica el objetivo de la investigación y las fases de la misma. Si ellas acceden, se procede a llenar el consentimiento informado.

Después de la primera sesión de aplicación de los instrumentos de evaluación, se continúa con la indagación de la problemática y el cómo se siente actualmente al vivir dicha crisis situacional. Se aplica el cuestionario de BECK, IDARE y ESFA. Al obtener los cuestionarios se procede a verificar cuales son válidas y cuales se descartan del estudio.

Resultados

La edad del cuidador fue de 26 años con una edad mínima de 15 años y edad máxima de 42 años. Días de permanencia en la UCIN: Los niños permanecen en la UCIN 16 días (valor de mediana) con un mínimo de 3 días y máximo de 120 días (4 meses). Debido a la variabilidad del número de días que los niños permanecen en la UCIN se agrupó de la siguiente manera.

	Frecuencia	Porcentaje
1 a 30 días	27	79,4
31 y más días	7	20,6
Total	34	100,0

Tabla 1. Promedio de estancia de los pacientes

- Número de integrantes de la familia.

El valor de la mediana del número de integrantes de la familia fue de 4 personas con un mínimo de 2 personas y máximo de 20 personas.

- Sexo.

Se aplicaron los cuestionarios a 33 madres con hijo internado en la UCIN, solo un padre pidió que se le aplicaran los cuestionarios.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	1	2,9
Femenino	33	97,1
Total	34	100,0

Tabla 2. Promedio de género aplicado.

- Escolaridad

En la siguiente tabla se puede observar lo referente a la escolaridad de las madres, teniendo como rango desde primaria trunca, hasta licenciatura.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	3	8,8
Primaria trunca	2	5,9
Secundaria	12	35,3
Secundaria trunca	1	2,9
Preparatoria	10	29,4
Preparatoria trunca	1	2,9
Carrera técnica	2	5,9
Licenciatura	3	8,8
Total	34	100,0

Tabla 3. Promedio de escolaridad de las madres

- Entidad.

Se muestra que la mayor parte de los pacientes provienen de una zona localizada en el Distrito Federal, también parte de la población que es atendida se encuentra en el Estado de México, y una minoría de la población es referida de diversos Estados de la República.

	Frecuencia	Porcentaje
Distrito Federal	21	61,8
Estado de México	9	26,5
Otros Estados	4	11,8
Total	34	100,0

Tabla 4. Procedencia de los paciente.

- Ocupación.

Se puede observar que veintinueve madres se dedican al hogar, dos de ellas continúan estudiando, y tres de ellas tienen otros oficios.

	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	29	85,3
Estudiante	2	5,9
Otros oficios	3	8,8
Total	34	100,0

Tabla 5. Promedio de educación.

- Antecedentes de Depresión.

En esta tabla se muestra que la mayor parte de las madres no cuentan con antecedentes de depresión, cuatro de las personas contestaron tienen antecedentes de depresión y siete que no contestaron.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe/ No contesta	7	20,6
Si	4	11,8
No	23	67,6
Total	34	100,0

Tabla 6. Tabla de antecedentes de depresión.

- Antecedentes de Ansiedad.

Esta tabla señala que la mayor parte de las madres no tiene un diagnóstico de ansiedad, tres de ellas si saben que puede contar con episodios de ansiedad y ocho de ellas no contestaron o no saben el dato.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe/ No contesta	8	23,5
Si	3	8,8
No	23	67,6
Total	34	100,0

Tabla 7. Promedio.

- Acompañamiento.

Aquí se muestra que la mayoría de las madres cuentan con un acompañante en la instancia hospitalaria para el cuidado de su paciente, cinco de las madres se encuentran sin apoyo para el cuidado del menor.

	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	18	52,9
Nadie	5	14,7
Esposo y hermanos	1	2,9
Padres, esposo y suegros	2	5,9
Madre	1	2,9
Madre materna y padre del bebé.	3	8,8
Padres maternos	1	2,9
Madre y abuela	2	5,9
Hijo	1	2,9
Total	34	100,0

Tabla 8. Acompañamiento

- Sala UCIN.

Se puede observar que veintidós de los pacientes se encuentran en sala intensiva, esto quiere decir que las madres pasan la mayor parte del tiempo con sus bebés ya que necesitan de un apoyo más riguroso, doce de ellos se encuentran en sala intermedia, las madres tienen horarios estrictos de visita.

	Frecuencia	Porcentaje
Intensiva	22	64,7
Intermedia	12	35,3
Total	34	100,0

Tabla 9. Promedio en salas de internamiento.

- Sexo del bebé.

La mayor parte de los bebés que se encuentran en la sala UCIN son de sexo masculino.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	26	76,5
Femenino	8	23,5
Total	34	100,0

Tabla 10. Promedio de género de los pacientes internados.

- Lactancia.

En la siguiente tabla se muestra que diecinueve madres se encuentran lactando, trece de ellas no están lactando y dos personas que no contestaron el reactivo.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe/ No contesta	2	5,9
Si	19	55,9
No	13	38,2
Total	34	100,0

Tabla 11. Lactancia

- Diagnósticos.

Los diagnósticos son muy variados. Los pacientes que aún no tienen diagnóstico se encontraban en estudios para definirlos

	Frecuencia	Porcentaje
No, sin diagnóstico	5	14,7
Prematuro	5	14,7
Prematuro con otro diagnóstico	2	5,9
Otro diagnóstico	22	64,7
Total	34	100,0

Tabla 12. Diagnósticos

- Ingresos mensuales.

A mayoría de las madres dependen de otras personas para tener un ingreso y doce de ellas obtienen un ingreso mensual ellas mismas.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	35,3
Dependiente de otros	22	64,7
Total	34	100,0

Tabla 13. Origen de los ingresos mensuales

- Ansiedad (Estado)

Esta nueva situación le provoca ansiedad a veinte de madres entrevistadas mientras que a catorce no les provoca ansiedad les representa ansiedad, mientras que a catorce de las no les representa ansiedad.

	Frecuencia	Porcentaje
No ansiedad	14	41,2
Si ansiedad	20	58,8
Total	34	100,0

Tabla 14. Ansiedad Estado.

- Ansiedad (Rasgo)

La mayoría de las madres no se encuentra en un estado de ansiedad cuando están en una rutina del día a día.

	Frecuencia	Porcentaje
No ansiedad	27	79,4
Si ansiedad	7	20,6
Total	34	100,0

Tabla 15. Ansiedad Rasgo

- Beck: Tipo de Depresión.

Al observar la tabla y obtener que el 55.9% de los pacientes no tiene depresión; se puede elegir la siguiente tabla y con la información de la tabla anterior describir como reportan las mamás la presencia de depresión.

	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	19	55,9
Si depresión	15	44,1
Total	34	100,0

Tabla 16. Depresión

Nivel de Satisfacción Familiar (ESFA)

De los datos obtenidos de la aplicación de la Escala de Satisfacción Familiar, se puede observar la puntuación correspondientes a las madres que participaron en el llenado.

	Frecuencia	Porcentaje
Se anula	2	5,9
Muy baja.	3	8,8
Baja.	2	5,9
Media.	7	20,6
Alta.	5	14,7
Muy alta.	15	44,1
Total	34	100,0

Tabla 17. Promedio de Satisfacción Familiar.

Se calculó el coeficiente correlación de Spearman para describir la correlación entre:

Satisfacción familiar	rho	p
Ansiedad Estado	-,475**	,005
Ansiedad Rasgo	-,148	,402
Nivel de Depresión	-,432*	,011
Permanencia en la UCIN	,283	,105

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Tabla 18. De comprobación

Comprobación de hipótesis:

1. Existe una relación inversa entre el nivel de satisfacción familiar y el nivel de ansiedad (estado) que reportan las mamás.
2. Existe una relación inversa entre el nivel de satisfacción familiar y el nivel de depresión que reportan las mamás.
3. No hay relación entre la satisfacción familiar y el tiempo que permanecen en la UCIN.

Otras correlaciones:

- Existe una correlación entre la ansiedad (estado) y el nivel de depresión (rho .623 p.000)
- Existe una correlación inversa entre la ansiedad (estado) y el tipo de sala (rho -383 p.026)
- Existe una correlación entre la ansiedad (rasgo) y el nivel de depresión (rho .427 p.012).

3.5 Ética del psicólogo

Las doctrinas éticas nacen y se van desarrollando en distintas sociedades y épocas como resultado de los problemas cotidianos trazados por las relaciones humanas, primordialmente por su comportamiento moral. Gracias a esto, existe una estrecha vinculación entre los conceptos morales y la realidad humana, la cual está sujeta históricamente a diferentes modificaciones (Bersoff, 2003).

Es importante mencionar que la ética, la historia y la vida social están sumamente relacionadas, especialmente, dentro de la vida social, las cuestiones morales concretas, con su propia historia se interrelacionan debido a que cada doctrina se encuentra en conexión con otras que surgieron antes y después. La ética profesional se define como la ciencia normativa que estudia los derechos y los deberes de los profesionistas. Se refiere a lo que el enfoque académico ha bautizado con el nombre de deontología. (Borda, Del Río, Pérez, Martín y Torres; 2004)

En las instituciones hospitalarias los psicólogos se encuentran ante dilemas que surgen en los distintos procesos de las sesiones, como son los dilemas morales, emocionales, éticos y hasta jurídicos. Sin embargo, la postura del psicólogo está en respuesta al reglamento de la institución, sin comprometer la información del paciente.

El psicólogo de la salud se encarga de los conflictos psicológicos que están ligados a la enfermedad (diagnóstico, padecimiento, tratamiento, curación y seguimiento) se ocupa del impacto psicológico que causa el diagnóstico de una enfermedad y del impacto psicosocial de la hospitalización, facilitando la calidad de vida ligada a los tratamientos. Este profesional también se ocupa de colaborar en la resolución de conflictos que se llega a dar entre médico y paciente.

En la psicología clínica, el paciente confía aspectos privados de su vida, por lo tanto la confidencialidad es de suma relevancia. R.G. Gianzone (2011) lo relaciona con el secreto profesional y adquiere la mayor importancia en un mundo donde se violentan las barreras que separan lo público de lo privado.

El trabajo en las instituciones no es fácil para el psicólogo. En muchas ocasiones tendrá que oscilar entre la demanda institucional, datos que son relevantes para el cuerpo médico, que se pueda llevar un seguimiento terapéutico y poder cumplir con la confidencialidad del paciente. Es muy importante proteger los datos para que no quede expuesta la intimidad de las personas; se registran solo los datos que van a ser relevantes para los médicos ya que es de suma importancia que se tenga en cuenta la ética con el paciente.

Regularmente el hospital y el discurso de los médicos miran a las madres de los pacientes como un cuerpo orgánico, el psicólogo observa y rescata el discurso de las madres. Así las madres pasarán de estar en posición de objeto a ser un sujeto responsable.

En la aplicación de la investigación se presentó el documento de consentimiento informado para las madres que fueron parte del proceso, se les estableció el propósito del estudio en el que se les indicó que la información que proporcionaran sería confidencial y que podrían, retirarse en cualquier momento si así fuera su deseo, independientemente de haber firmado el consentimiento informado.

Se considera que la investigación posee un riesgo tipo I, esto quiere decir que no daña la integridad física o mental de los individuos que participen en ella. Cumple con la normatividad general del Reglamento de la Ley General en Materia de la Investigación para la Salud en su numeral 13 la que señala:

"en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos y bienestar".

El HIFGM (2012) se rige por un Código de Ética por el que deben conducirse todos los que laboran en esta institución.

- El bien común:
 - ✓ Establecer condiciones en la vida social, con el propósito de llevar a cabo su propia elección entre lo que es bueno y es justo.
 - ✓ Cumplir como ser humano, y desarrollar cualidades en pro de compañeras y compañeros, así como de los pacientes y sus familiares cumpliendo con honestidad con nuestras funciones y fomentando la confianza.

- Honradez:
 - ✓ Llevar a cabo sus funciones con rectitud e integridad.

- Imparcialidad:
 - ✓ Sostener las decisiones con base en criterios objetivos, sin sesgos, prejuicios o tratos diferentes.

- Justicia:
 - ✓ Actuar de forma responsable y con justicia a la virtud social.
- Transparencia:
 - ✓ Abrir la información institucional a la sociedad.
- Rendición de cuentas:
 - ✓ Los directores rinden un informe de su gestión.
- Entorno cultural y ecológico:
 - ✓ Comprometerse a conservar las expresiones culturales, respetando su forma de vida y sus prácticas.
- Generosidad:
 - ✓ Satisfacer las conductas del entorno tanto de los pacientes como de los trabajadores del hospital.
- Igualdad:
 - ✓ Los compañeros y las compañeras tienen las mismas oportunidades o derechos.
- Respeto:
 - ✓ Considerar, reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades y los derechos a nuestras compañeras, compañeros, pacientes y familiares, dándole a cada quién su valor.
- Liderazgo:
 - ✓ Motivar a todo el personal del hospital que lo siga por su propia voluntad, motivándolos, estimulándolos para alcanzar las metas.

Para un mundo en crisis, en el que se ha devaluado tanto todo lo mencionado con anterioridad, conviene reflexionar sobre la importancia de retomar aspectos básicos

para mejorar el trato, hacerlo más humano, sobre todo por la condición de vulnerabilidad en que se encuentran familiares y pacientes.

Capítulo 4. Propuesta de intervención

El grupo terapéutico es un conjunto de personas creado artificialmente, pocas personas con objetivos comunes, la terapia de grupo tiene distintas características, a saber:

- a) **Interacción:** Implica una dimensión espacio-temporal, en la que los participantes permanecen en un lugar determinado donde existe comunicación entre los integrantes, en este espacio tienen un tiempo determinado en donde cada uno pueda crear una comunicación, interactiva, física, emocional e intelectual. (González, 1992).
- b) **Percepciones y conocimiento de los miembros del grupo entre sí:** Smith (citado por González, 1992) señala que el grupo es la unidad que tiene una situación específica y asume un actuar en forma integral al ambiente. Los miembros son capaces de localizar sus relaciones entre sí, existe una conducta influenciada en el medio ambiente, y se logra obtener una unidad grupal.
- c) **Motivación y necesidad:** los individuos que forman parte de un grupo están satisfaciendo algunas necesidades, González (1992) indica que pueden ser como afiliación, pertenencia, éxito, cariño, poder, estatus, autoevaluación, reconocimiento, seguridad y aceptación.
- d) **Metas grupales:** los miembros del grupo localizan metas o un motivo en común (González, 1992).
- e) **Organización del grupo:** el grupo se encuentra como una unidad social que consta de un número de integrantes, el que se encuentra definido en una relación en la que se establecen jerarquías, se poseen valores y normas (González, 1992).
- f) **Interdependencia de los miembros del grupo:** el grupo es un sistema de dos o más individuos que están interrelacionados en él sistema en el que cada uno de los participantes cumple ciertas funciones en el grupo (González, 1992).

La terapia grupal cuenta con varias ventajas Zerebiec (2013) las describe:

- El sujeto establece interacciones simbólicas, las cuales permiten llevar acabo patrones de comportamiento.

- En el grupo los individuos serán capaces de confrontarse con sus acciones, las que han ido reconociendo poco a poco.
- Existe una identificación con la lucha del paciente hospitalizado y esto hace que el enfrentamiento con la enfermedad sea más llevadera.
- Los individuos en el trabajo grupal favorecen las respuestas y logran ser socialmente más aceptados por el moldeamiento que se ofrece en el grupo.

Tipos de grupos

Grupo terapéutico; el objetivo de este grupo es contribuir a la sanación de los trastornos psíquicos. Espada y García (2013) indican que el encuadre radica en la demanda del tratamiento y ayuda para la resolución de los trastornos y conflictos psíquicos de cada persona.

Grupo intensivo periódico; este grupo está dirigido para las personas que no cuentan con el tiempo que no están disponibles para participar con cierta periodicidad no siendo así un espacio interpretativo y elaborativo. (Espada y García, 2013).

Grupo laboratorio; es un grupo de carácter intensivo que busca la catarsis, obtener experiencias intensivas, facilita la síntesis y la reflexión. Este grupo puede ser movilizado y puesto fuera de la escena del tratamiento, puede llegar a durar más de diez horas en dos o más sesiones.

Grupos de encuentro; este grupo busca el desarrollo personal y el mejoramiento de la comunicación y de las relaciones humanas basándose en la experiencia, este grupo se desarrolla en la etapa de rodeos, resistencia, descripción de sentimientos pasados (González, 1992).

Grupos de discusión; González (1992), busca facilitar o motivar la enseñanza/aprendizaje individual, es una de las técnicas de la investigación social.

Grupo operativo; creada por Pichón Riviére, conjunto de personas que tienen un objetivo común, se centra en la tarea y tiene la finalidad de resolver las dificultades que tiene un grupo para realizar las tareas, está en busca de abordar , desarrollar y resolver la tarea estableciendo un proyecto grupal (Gómez, 2013).

Grupo de reflexión; está en búsqueda del objetivo de que los integrantes tomen conciencia de los fenómenos mediante la reflexión, siendo así un dispositivo de acción y cambio, se utiliza en la intervención institucional, permitiendo realizar reflexión en los

conocimientos y creencias consideradas como únicas y verdaderas, este grupo demanda equilibrio y estabilidad emocional.

Grupos en las Instituciones

Las Instituciones de Salud tienen gran demanda, en ocasiones, es rebasada su capacidad en la atención. La terapia en estos grupos psicoterapéuticos debe ser breve, dinámica, con objetivos limitados, de atención semanal, con una duración de 90 minutos, debe ser un grupo abierto y especializado en un tema. Esta intervención permite cubrir la atención psicoterapéutica de calidad y la demanda de los pacientes. (Díaz, 2007).

La psicoterapia de grupo a través del tiempo ha demostrado ser tan eficaz como la psicoterapia individual, es un tratamiento con gran eficacia para tratar diferentes trastornos psicológicos. Berne (1983) indica que el tratamiento de varios pacientes al mismo tiempo, mediante sesiones, en una habitación y durante un tiempo específico tiene el propósito de aliviar.

Se propone que este proceso interpersonal grupal se lleve a cabo con las madres de los pacientes internados en la instancia UCIN, enfocado a la reflexión-orientación y sensibilización.

SESIÓN 1		Introducción	
Objetivo de Sesión: Presentación del grupo y lo que se espera alcanzar.			
Fase	Tiempo	Dinámica	Material
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	<p>1</p> <p>Ambientación.</p> <p>Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Laptop • Cañón • Bocinas
Realizar la presentación de los terapeutas (Encuadre y Rapport), así como la presentación e Integración de los participantes.	15 min.	<p>2</p> <p>“Iniciación y Comunicación”</p> <p>“Presentación”</p> <p>- El terapeuta pedirá que cada integrante se presente con su nombre, edad, nombre y diagnóstico de su paciente.</p>	Gafetes de presentación se les otorga el material para que lo ellos lo elaboren.
Exposición del programa y objetivos	15 min.	<p>3</p> <p>- El terapeuta dará a conocer a los participantes los distintos temas a tratar, los beneficios de la intervención grupal así como las ventajas sobre el tratamiento individual para que reflexionen en ello y si así lo desean se les brindara el espacio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa

<p>Que los participantes aplicarán las pruebas psicométricas.</p>	<p>30 min.</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p>Se proporcionarán los siguientes documentos a los participantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consentimiento informado 2) Hoja de recolección de datos socio demográficos. 3) Inventario Depresión Beck (BDI). 4) Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE). 5) Escala de Satisfacción Familiar por Objetivos (ESFA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices y gomas
<p>Cierre</p>	<p>5 min.</p>	<p style="text-align: center;">5</p> <p>Finalmente los terapeutas agradecerán la presencia y participación del grupo, invitando a que continúen con el proceso que han iniciado y que se les espera para la próxima sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SESIÓN 2		El Papel del Contacto Físico con Otro Ser Humano en nuestro Desarrollo Emocional y Afectivo	
Objetivo de Sesión: Que los participantes desarrollen la conciencia de la importancia del Contacto Físico con otra persona para su Expresión Emocional; así como Desarrollar la Capacidad de Expresión Emocional con dicho contacto. Con la finalidad de que alcancen una mayor conciencia de sí mismos y que expresen su sentir.			
Fase	Tiempo	Dinámica	Material
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	1 Ambientación. Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Laptop • Cañón
Realizar la presentación del los terapeutas (Encuadre y Rapport), así como la presentación e Integración de los participantes	15min.	2 "Iniciación y Comunicación" "Presentación" - El terapeuta explicará el concepto de encuadre y sus características señalando su importancia.	Gafetes de presentación
Indagar las inquietudes, fantasías, y lo que esperan obtener los participantes del grupo	15 min.	3 - Los participantes responderán las siguientes preguntas: ¿Por qué decidieron ingresar al grupo?. ¿Qué esperan que pase durante las sesiones? ¿Qué desean que cambie en ustedes al finalizar las sesiones? El terapeuta pedirá a los participantes que compartan los diversos problemas y sentimientos a los que se han enfrentado desde el diagnóstico de sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa

<p>Que los participantes logren hacer contacto emocional a partir del contacto con otro Ser Humano; y así concienticen su potencial de Expresión Emocional y la importancia de los Vínculos Afectivos.</p>	<p>30 min.</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p>1. El terapeuta pedirá a los participantes que elijan una pareja con quien trabajar (de preferencia que no sea algún familiar o conocido).</p> <p>2. Formadas las parejas el terapeuta explicará que existen tres tipos de abrazos: Para dar, para recibir y para compartir. El primero consiste en poner los brazos encima de los hombros de la otra persona (es cuando le damos apoyo a alguien); el segundo es cuando ponemos nuestros brazos debajo de los brazos de la otra persona (es cuando recibimos apoyo); y finalmente en el último uno de nuestros brazos se pone arriba de un hombro de la otra persona y nuestro otro brazo va por debajo del brazo de la otra persona (esto es un abrazo compartido donde se da y se recibe apoyo).</p> <p>3. Después de la explicación, el terapeuta pedirá a los participantes que con su pareja practiquen los tres tipos de abrazos y que compartan su experiencia, diciendo con qué forma se sintieron más cómodos y con cuál se sintieron incómodos.</p> <p>4. Seguido de esto, el terapeuta explicará que en el contacto con otro Ser Humano encontramos una salida de expresión emocional, que desde nuestra infancia el tipo de vínculo afectivo que practicamos con las personas que convivimos, lo desarrollamos a partir de la cantidad de contacto que tuvimos. Entonces por diferentes circunstancias muchas personas deciden reducir su contacto con otras personas, lo cual automáticamente limita y reduce nuestro potencial de expresión emocional y vínculos afectivos. A partir de ellos se hace la invitación a que se abran al vínculo afectivo con los otros.</p> <p>5. Después de esto, el terapeuta pedirá a los participantes que con su pareja mantengan un abrazo compartido, en el cual la mano que rodea la parte del hombro debe dirigirse a la espalda, a la altura del corazón y lo froten lentamente, dándole un mensaje de paz y protección al compañero. El terapeuta debe dejar así a las parejas aproximadamente 5 minutos.</p> <p>6. Finalmente el terapeuta deberá promover un abrazo grupal para finalizar la actividad, y así calmar el posible despertar emocional de algunos participantes. A su vez les pedirá que realicen tres respiraciones profundas y que tomen asiento.</p>	<p>Aparato de sonido</p>
<p>Cierre</p>	<p>10min.</p>	<p style="text-align: center;">5</p> <p>El terapeuta, debe llevarlos a reflexionar sobre el papel que ha tenido el tipo de contacto que han establecido con sus familiares, pareja, hijos, en su expresión emocional y vínculos afectivos. Finalmente darles la perspectiva de que también pueden recibir.</p>	<p>• Sillas</p>

SESIÓN 3		Depresión y Ansiedad	
Objetivo de Sesión: Intervenir sobre los estados de ansiedad y depresión.			
Fase	Tiempo	Dinámica	Material
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	1 Ambientación. Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Laptop • Cañón • Bocinas
¿Qué es depresión y ansiedad?	15 min.	2 “Iniciación y Comunicación” “Presentación” - El terapeuta explicará a los integrantes del grupo los conceptos de estrés y ansiedad así como sus manifestaciones y consecuencias físicas y emocionales	
Relación entre depresión y ansiedad	15 min.	3 - Que los participantes identifiquen y expresen situaciones que les generen tristeza y ansiedad y que traten de identificar los pensamientos erróneos que los originan. - Retroalimentación y reflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa

Autoconciencia	30 min.	<p style="text-align: center;">4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta pedirá a los participantes que cierren los ojos y se concentren en su respiración. (El terapeuta pondrá una pieza musical de relajación) 2. El terapeuta le pedirá a los participantes que realicen una respiración profunda 3. El terapeuta les pedirá a los participantes que se pongan de pie, que cierren los ojos y que comiencen a balancearse de izquierda a derecha (“como un péndulo”). 4. Manteniendo los ojos cerrados, les pedirá a los participantes que poco a poco vayan integrando movimiento en su cuerpo, en el siguiente orden: dedos de las manos, muñecas, codos, hombros, cuello, espalda, cadera, rodillas, tobillos y dedos de los pies. 5. Finalizada la pieza musical, el terapeuta les indicará a los Participantes que vayan deteniendo poco a poco el movimiento, hasta su totalidad. Y les pedirá que realicen 2 respiraciones profundas. 6. Finalmente el terapeuta les preguntará a los Participantes cómo se sienten después de los movimientos 	
Cierre	5 min.	<p style="text-align: center;">5</p> <p>Finalmente los terapeutas agradecerá la presencia y participación del grupo, invitando a que continúen con el proceso que han iniciado y que se les espera para la próxima sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SESIÓN 4		Equilibrio entre mi hijo y yo	
Objetivo de Sesión: Que los integrantes del grupo reflexionen de la importancia de una buena relación con su paciente como coadyuvante en el tratamiento			
Fase	Tiempo	Dinámica	Materiales
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	1 Ambientación. Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Laptop • Cañón • Bocinas
Estilos de apego	15 min.	2 Los terapeutas expondrán a los participantes los estilos de apego con sus bebés.	Laptop
Presentando a mi hijo.	15 min.	3 El terapeuta pedirá a los participantes que compartan lo que han vivido, cómo es su hijo y los cambios que ha tenido en el proceso hospitalario. Se busca que los padres reflexionen en la importancia y los beneficios de la relación con sus hijos o planteen alternativas de solución.	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa

<p>Que los participantes logren generar. Conciencia sobre su estado emocional y la relación que éste guarda con su salud física y sus relaciones interpersonales.</p>	<p>30 min.</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p>"Zona de poder y seguridad"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo terapeutas pedirá a los participantes que cierren los ojos y se concentren en su respiración. 2. Les pedirá a los participantes que realicen tres respiraciones profundas 3. Les pedirá a los participantes que cierren sus ojos y realicen tres respiraciones profundas más. 4. Les pedirá a los participantes que sin abrir los ojos imaginen que están solos en un lugar muy especial para ellos. 5. Les pedirá a los participantes que realicen tres respiraciones profundas. 6. Les indicará que ese lugar es especial, porque siempre los hará sentirse bien: sentirán seguridad, tranquilidad, libertad. 7. Después indicará que la imagen que fueron construyendo se irá desvaneciendo poco a poco, hasta desvanecerse en su totalidad. 8. Los terapeutas les pedirán que realicen una respiración profunda más al mismo tiempo que deberán ir abriendo los ojos poco a poco, hasta tenerlos totalmente abiertos. 9. Les darán a los participantes una hoja y un lápiz 10. Les pedirán que realicen un dibujo de ese lugar especial que imaginaron. 11. Les pedirá a los participantes que observen y que ubiquen el equilibrio que hay en su dibujo, respecto a la existencia de los cuatro elementos básicos en la naturaleza (agua, tierra, fuego y aire). Y después les explicará que cada elemento que contenga o carezca su dibujo, se asocia al equilibrio que manejan en su vida personal. (Fuego representa a la espiritualidad, aire a los pensamientos y la razón, la tierra al cuerpo, y el agua a las emociones). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja y lápices de colores
---	----------------	--	---

		<p>12. El terapeuta no debe interpretar los dibujos de los participantes, sino encaminarlos a que ellos sean quienes los interpreten y reflexionen, para que así puedan lograr la conciencia de su equilibrio personal.</p> <p>13. Finalmente se realizará la explicación de la importancia de siempre contar con un lugar especial donde se sientan tranquilos y seguros. Un lugar donde podrán relajarse, meditar, tomar decisiones, tranquilizar sus emociones e incluso donde podrán “escaparse momentáneamente de sus presiones sociales. Así mismo se les explicará la importancia de mantener un equilibrio en sus roles sociales y en la satisfacción de sus necesidades como Individuos.</p>	
Cierre	10min.	<p style="text-align: center;">5</p> <p>El terapeuta realizará una retroalimentación general (y particular de algún caso, si así se requiere), ayudando a organizar cognitivamente las experiencias y los aprendizajes alcanzados durante la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SESIÓN 5		Familia	
Objetivo de Sesión: Que los participantes identifiquen los cambios que se suscitaron en su familia y se establezca una sana interacción.			
Fase	Tiempo	Dinámica	Material
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Ambientación.</p> <p>Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Laptop • Cañón • Bocinas
El impacto en las familias	15 min.	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Los terapeutas expondrán las áreas de la enfermedad que afectan a las familias</p>	<p>Laptop</p> <p>Cañón</p>
Presentando a la familia	15 min.	<p style="text-align: center;">3</p> <p>El terapeuta pedirá a los integrantes del grupo que localicen y puedan expresar los cambios y los conflictos que ha tenido la familia a partir de la enfermedad.</p> <p>Retroalimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa

Dinámica de relajación	30 min.	<p style="text-align: center;">4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El terapeuta pedirá a los participantes que cierren los ojos y se concentren en su respiración. Mencionándoles que ubiquen qué partes de su cuerpo se mueven mientras respiran. 2. El terapeuta le pedirá a los participantes que realicen una respiración profunda. Después les pedirá que realicen otras dos respiraciones profundas adicionales, de forma seguida. 3. El les pedirá a los participantes que cierren los ojos y realicen tres respiraciones profundas más. 4. Manteniendo los ojos cerrados, el terapeuta les pedirá a los participantes que imaginen que están solos en una playa al atardecer. Les pedirá que construyan cada detalle de ese lugar, al mismo tiempo que lo logren disfrutar. 5. Pasados algunos minutos, les pedirá a los participantes que realicen tres respiraciones profundas. 6. Después indicará que la imagen que fueron construyendo se irá desvaneciendo poco a poco, hasta desvanecerse en su totalidad. 7. El terapeuta les pedirá que realicen una respiración profunda más al mismo tiempo que deberán ir abriendo los ojos poco a poco, hasta tenerlos totalmente abiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aparato de sonido
Cierre	10min.	<p style="text-align: center;">5</p> <p>El terapeuta pedirá a los Participantes que de forma voluntaria expresen las experiencias que tuvieron en las diferentes actividades realizadas a lo largo de la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SESIÓN 6		Cierre	
Objetivo de Sesión: Que los participantes identifiquen los cambios que se suscitaron en su familia y se establezca una sana interacción			
Fase	Tiempo	Dinámica	Material
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Ambientación.</p> <p>Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa • Reproductor de sonido
Preparando el cierre	15 min.	<p style="text-align: center;">2</p> <p>- Los terapeutas realizarán un resumen sobre los temas de las sesiones anteriores,</p> <p>- Los participantes tendrán la oportunidad de hacer comentarios, dudas y preguntas.</p>	Sillas
Haciendo un balance	25 min.	<p style="text-align: center;">3</p> <p>- Los terapeutas solicitará a los integrantes que identifiquen y reflexionen sobre los cambios que han experimentado y sus aportaciones en el grupo a través de responder:</p> <p>- ¿Qué cambió en ustedes?, ¿Qué creen que aportaron?, ¿Qué piensan que se llevan como experiencia del grupo?</p> <p>- Retroalimentación, cada participante compartirá su experiencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

Expresión emocional	15min.	<p style="text-align: center;">4</p> <p>- Que los participantes dirijan palabras de despedida a los compañeros que elijan</p> <p>- Los terapeutas promoverá entre los participantes que se regalen abrazos entre todos, así como un abrazo grupal y que se agradezcan por compartir sus experiencias intrapsíquicas durante estas sesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reproductor de sonido
Cierre	10 min	<p style="text-align: center;">5</p> <p>- Finalmente el terapeuta agradecerá la presencia y participación del grupo, invitando a que pongan en práctica lo aprendido en el taller, también les hará saber que cuentan con el personal del departamento de psicología para cualquier situación que se les presente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

SESIÓN 7		Postest	
Objetivo de Sesión: Aplicación de pruebas			
Fase	Tiempo	Dinámica	Materiales
Generar un Ambiente que garantice la sensación de Paz, Tranquilidad y Seguridad en los Participantes.	10 min.	<p style="text-align: center;">1</p> <p>Ambientación.</p> <p>Se debe disponer de un salón amplio, el cual sólo deberá contar con una silla por participante y terapeutas; las mismas que deberán estar acomodadas haciendo un círculo a lo largo y ancho del salón. También se deberá contar con una pequeña mesa que contenga los materiales a usar, así como el equipo de sonido. Debe ser un salón lo suficientemente ventilado y alejado de ruidos y distractores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas • 1 mesa
Los terapeutas señalarán el llenado de las pruebas	15 min.	<p style="text-align: center;">2</p> <p>- A cada participante se le proporcionarán las pruebas.</p> <p>1) Inventario Depresión Beck (BDI).</p> <p>2) Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).</p> <p>3) Escala de Satisfacción Familiar por Objetivos (ESFA).</p>	Lápices y gomas
Cierre	15 min.	<p style="text-align: center;">3</p> <p>- El terapeuta preguntará si existe alguna pregunta de los participante y la aclarara.</p> <p>- Finalmente los terapeutas agradecerán la presencia y participación del grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas

Conclusiones

La forma en que se enfrenta la madre a la noticia de un embarazo depende si se trata de un embarazo deseado o inesperado, del entorno familiar, social, en ocasiones del momento económico de la familia, si se cuenta con el apoyo de su pareja o familia y de la edad.

En el embarazo se producen cambios físicos, químicos y anatómicos, en el ámbito psíquico surgen una serie de cambios relacionados con el embarazo y con la nueva fase que vive la mujer y una vez que haya culminado asumirá el rol de madre.

El nivel de ansiedad y de depresión suele ser mayor cuando es el primer embarazo, las preocupaciones acerca de la salud de la madre y del bebé siempre estarán presentes y aumentarán si la madre ha tenido experiencias no tan afortunadas.

Los aspectos psicológicos dependerán de la etapa del embarazo, en el primer trimestre del embarazo la madre debe incorporar al bebé a su cuerpo, en el segunda etapa comienza a sentir los movimientos del bebé aquí lo percibe como alguien separado y que necesita de su cuidado, en el tercer periodo comienza a imaginarse como madre y a establecer una relación de cuidado. (Rutter y Quinton, 1999)

El embarazo despierta sentimientos de ambivalencia porque regularmente no se parecerá a las fantasías que sostenían los padres alrededor del mismo, y por una amenaza que el hijo puede representar. (Oiberman, 2001)

La espera de un bebé se encontrará marcada por el imaginario del inconsciente de los padres, por lo que es sencillo que se regrese al lugar de proyección de los deseos inconscientes de los padres y sin duda será importante la existencia de ese imaginario o proyección y de que algo continúe, para Doltó (1981) lo más relevante constará de la emoción que se transmite al futuro evento. Para Anzieu (2007) la madre es quien interpretará el mundo para el bebé partiendo desde el sonido de su voz para mostrarle el mundo.

Si consideramos que el embrión es un ser humano, cabe intuir la comunicación entre la madre y el hijo. Dolto (1974) dice en esa época de la vida el bebé ya oye sonidos exteriores como internos del cuerpo de la madre filtrados y distorsionados. Oye las voces de su entorno e identifica las más habituales, es capaz de asociar las manifestaciones físicas de su madre, recibe los ruidos digestivos y respiratorios, muy similares al sonido de las olas mar y asimismo los latidos de su corazón. Es muy

sensible a los estados emocionales de la madre, para que el desarrollo sea satisfactorio es necesario que exista un vínculo de deseo inconsciente con la madre.

En el presente trabajo se investigó sobre la relación que existe entre la satisfacción familiar, la ansiedad y la depresión en las madres que cuentan con un hijo en la UCIN. Para poder ampliar el apoyo y la atención psicológica para estas madres el Hospital Infantil de México, cuenta con diversos grupos de profesionales de diferentes especialidades, entre ellos de las áreas de psiquiatría y psicología que, en ocasiones, se ven rebasadas por la alta demanda de atención por parte de las madres y, en general, de la familia.

El nacimiento un hijo con características no contempladas en el imaginario y que requiere de cuidados muy especializados llega a generar gran impacto en las familias y en especial, en las madres quienes son las que pasan mayor tiempo al cuidado del neonato y se ven involucradas en una serie de nuevas vivencias que en ocasiones, destruyen sus expectativas por eso es necesario que reciban una atención psicológica periódica, no solo la madre sino también su familia.

La madre experimenta una serie de sentimientos encontrados como es la culpa, la tristeza, el miedo, la alegría y la esperanza. En casa nadie entiende, agradecen las buenas noticias por que acaba de nacer un nuevo miembro, se alegran de lo que ha pasado pero también sienten desesperanza y enojo por la nueva circunstancia.

Debido a estas emociones y vivencias se ve afectado el vínculo madre e hijo si el neonato pasa de estar en el vientre y al momento de nacer o a los pocos días de vida presenta problemas de salud y tiene que ser internado en la UCIN. Ante tal circunstancia, en ocasiones prevalece la culpa en la madre y hay que trabajar con ella para fortalecerla emocionalmente y que pueda establecer un vínculo sano con su hijo y con su familia.

El trabajo que se da alrededor del neonato y de los padres no es igual en todos los servicios de neonatología, en nuestro país el dejar afuera a la familia no es benéfico para el bebé pero se ha logrado un pequeño avance como es la participación de la familia en la terapia psicológica que se le brinda en el Hospital Infantil de México.

Para apoyar el desarrollo de ese vínculo, el Hospital brinda a la madre la posibilidad de lactar a su bebé ya que la lactancia tiene un aspecto fundamental para la diada madre e hijo como dice Marie Langer (1969): la lactancia natural ayuda a la madre a vencer el trauma de la separación de su hijo, restableciendo su intimidad, aunque lo esencial no es el amamantamiento en si sino la forma en la que se da el alimento al bebé.

Sería conveniente que la madre tuviera la entrada libre para que pueda estar el mayor tiempo posible con su hijo, ya que se ha demostrado, en diversos estudios, que hay una recuperación más rápida, tanto para la madre como para el bebé. A la madre le ayuda a disminuir la ansiedad al poder tocar, hablarle y transmitirle seguridad y confianza, amor, en ese momento, para lograr la tranquilidad saludable al bienestar de su bebé; es un hecho que el neonato siempre estará mejor con la madre cerca, cuando está cumple con su función vital.

La UCIN es un entorno donde resulta complicado hacerle entender a la madre que tanto ella como la familia son muy importantes ya que pareciera que lo único importante es salvar la vida del menor pero para ello ya están los profesionales de la medicina. La familia menciona que está mucho mejor que el neonato y sus miembros pasan a ser actores secundarios en la historia biológica de su hijo cuando en realidad el núcleo familiar es el escenario donde se está gestando toda la historia.

Cuando se detecta que el bebé viene con complicaciones antes de la gestación a los padres se les puede preparar para la llegada de su hijo. Si su hijo va nacer con alguna dificultad es probable que vayan a requerir una serie de cuidados diferentes de los bebés que nacen sin ninguna dificultad, es posible que necesiten permanecer en una incubadora o es posible que necesiten estar en la UCIN, sería de bueno para el neonato que la familia se logre involucrar más, saber que es una unidad neonatal, quienes son los especialistas y como la madre y la familia pueden participar del cuidado del bebé.

Los familiares deben estar capacitados y deben decidir si lo desean, ya que es de gran impacto ver a un bebé conectado a las maquinas esto produce miedo a tocarlo y saber qué tipo de cuidados necesita y sobre todo los lineamientos para saber hasta dónde pueden intervenir con el contacto físico, la lactancia como comenzar la extracción desde el primer momento aunque sus bebés no lo tomen vía oral, que estrategias deben seguir y acercarse con los especialistas.

En el hospital las madres indican una relación entre las tres variables satisfacción familiar, ansiedad y depresión. Se logró apreciar en el estudio que cuando las madres se encuentran en un estado ansioso o depresivo, es de suma importancia la relación familiar con la que cuentan para poder pasar de manera más adecuada este evento de tal magnitud.

En la investigación se contó con las madres que tenían un hijo internado en la UCIN, las madres pueden asistir al hospital para estar con sus hijos dependiendo en que sala se encuentran si son de terapia intensiva tienen la posibilidad de pasar el mayor tiempo posible con sus hijos, si los bebés se encuentran en la sala de terapia intermedia los papás tienen horarios restringidos de visita.

Al comienzo de la investigación se había planteado que solo se le aplicaran los cuestionarios a las madres de nuevo ingreso que contaban con una estancia de tres a cinco días con el motivo de establecer la conducta adaptativa (DSM 5, 2014). Se llevó a cabo un muestreo de doce mamás, en donde se notó que en ese periodo era muy complicado que las mamás se detuvieran a contestar la serie de cuestionarios porque estaban haciendo toda la documentación del hospital y acomodándose a su nueva situación.

Se analizaron los resultados y se optó por aplicar los cuestionarios a todas las mamás que estuvieran en la UCIN no importando el periodo de tiempo que llevaban en dicha instancia. El periodo en el que se inició la recolección de datos fue de Septiembre 2015 a Enero 2016, las madres que tuvieron mayor participación eran las que tenían más tiempo de estancia en la UCIN, las madres en la hospitalización pasan por tres etapas (Guayo, Márquez, Bonalpa; 1995) Adaptación: alarma, resistencia y agotamiento.

Con este estudio se pudieron reconocer los niveles de satisfacción familiar en relación con los niveles de ansiedad y depresión que existían en las madres que contaban con un hijo internado en la UCIN, también permitió tener una visión más amplia de cómo se sienten las madres y así poder trabajar de forma más integral con ellas, mejorar aspectos personales, emocionales y sociales y lograr, de ser posible, una mejor comprensión y simpatía con su bebé y con el entorno; esto contribuirá a la disminución de ansiedad y depresión además de involucrar a las familias de bebés hospitalizados.

Se halló que las madres que tienen más ansiedad no cuentan con una buena satisfacción familiar, esto es entre mayor sea el grado de depresión de las madres es menor su grado de satisfacción familiar, siendo así que la satisfacción familiar no dependerá del tiempo de permanencia del bebé en la UCIN.

Por otra parte la ansiedad que manejan las madres durante la estancia tiene que ver directamente con el nivel de depresión, el grado de ansiedad durante esta circunstancia guarda una relación con el tipo de sala en que se encuentra el neonato. Existe una relación entre la ansiedad que maneja la madre en su vida y el nivel de depresión que tenga en ese momento.

Finalmente, cabe hacer énfasis en la importancia de conquistar, como psicólogos, espacios de intervención en el ámbito hospitalario, cumpliendo cabalmente con los requisitos profesionales, teórico-metodológicos y éticos que esta intervención exige. Quede pues constancia de esta experiencia para constatar lo señalado.

Documentos de consulta

Aguilera, P. & Whetsell, M. (octubre, 2007) La ansiedad en niños hospitalizados. *Aquichan*, 7 (2) 207-218. Recuperado el 16 de agosto 2015 de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7410721>.

American Psychiatric Association. (2014) DSM 5. Estados Unidos: American Psychiatric Association

Anderson H. (1999) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

Angulo, A. (2011) La familia y el lado oscuro de los diagnósticos. *Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar Año 2011 Vol 24, No. 1*

Arranz L, Gaviño S, Escobedo F. DPP en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005; 10:71-73. 21.

Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. *Díaz de Santos: España*. Pp. 21-48

Basaglia, F. y Basaglia, F. (1977) *Los crímenes de la paz*. México: siglo XXI editores S.A.

Beck, A. (1976) *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. E.U.A.: Merck Sharp & Dohme International.

Beltrán, M., Freyre, M. & Hernández, L. (diciembre, 2011) El inventario de depresión Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*. 30 (1), 5-13.

Berne. E. (1983) *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.

Bucay, J. (2002) *El camino de las lágrimas*. México: Océano exprés

Brazelto, T. B.; Cramer, B. G., *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*, Barcelona, Paidós, 1990
Cecchin, G. (1988). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27, Pp. 405-413

Bruner, J. (2000) *Actos de Significado*. Madrid: Alianza.

Cade, B. y Hudson O'Hanlon W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Cardona-Pescador, J. (1990) *La depresión*. Madrid: Dossat.

CONAPO (2001) *Programa Nacional de Población. Plan Nacional de Desarrollo 2001-*

- CONAPO (2006) Hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad. México: Consejo Nacional de Población.
- Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Salvador Minichin. En L. Eguiluz. (comp.) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Pax México. DIF (2005).
- Davidson, G.W., (1995) Stillbirth, neonatal death and sudden infant death syndrome. In H.A. Wass & C.A. Corr (Eds.), Childhood and death, Washington: Hemisphere, p.p.243-260.
- Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Salvador Minichin. En L. Eguiluz. (comp.), Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Pax México
- Díaz, A. Yaringaño, L. (2010) Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. IIPSI. Vol. 13 -N.º 1
- Dosset E. Perinatal depression. Obstet GynecolClin N Am 2008; 35:419–434.
- Dumont, F. y Corsini, R. (2003) Seis terapeutas y un paciente. México: El Manual Moderno.
- Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. Inglaterra: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1980) Terapia racional emotiva (TRE). México: Editorial Pax México.
- Espada, A. y García, A. (2013) De las concepciones del grupo a sus aplicaciones psicosociales. En J.M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis.
- Epstien, M. Bishop, D. Baldwin, L. El Modelo Mc Master del Funcionamiento Familiar. Traducción de Francisco Avilés Gutiérrez.
- Espinosa, M. (2004) El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En L. Eguiluz. (comp.), Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Pax México
- Fossey L, Papiernik E, Bydlowski M. (1997) Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? J Psychosom Obstet Gynaecol; 18: 17-21
- Freud, A. (2009) Estudios Psicoanalíticos. México: Editorial Paidós Mexicana
- Freud, S. (1973) “La neurastenia y las neurosis de angustia”. En L. López Ballesteros (Ed. Y Trad.), Obras completas (T. I, pp. 183-198). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1940/2001) Esquema del psicoanálisis. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrorty Editores, Vol. XXIII, 133-210.

Gianzone, R. (Mayo de 2011) Virtualia. Ética y secreto recuperado el 20 de sep 2016 desde <http://virtualia.eol.org.ar>

Gimeno Sacristán, J. (2002) Educar y convivir en la cultura global. Madrid: Editorial Morata 2ª edición

Gómez Sancho, M. (2007) La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

González, J. (1992) Interacción grupal. México: Planeta Mexicana.

Gray, P. (2008) Psicología. Una nueva perspectiva. México: McGraw-Hill. Pp. 564-566, 590-594, 596-600.

HIFGM. (2012). Código de ética. Hospital Infantil de México Federico Gómez de México. 1/12/2015 Sitio web: <http://himfg.com.mx/interior/codetica.html>.

Hoen-Saric, R., MacLeod, D. (2000) Anxiety and arousal: physiological chances and their perception. *Journal of affective disorders*, 61, 217-224.

Ibáñez, R. J.E., Vargas, F.J.J. y Cabrera, C.R. (2003) Evaluación de la satisfacción familiar de la familia actual y la familia de origen. *Alternativas en Psicología*.

Jackson, D. (1977) El problema de la homeostasis familiar. En *Comunicación, familia y matrimonio*. Argentina: Nueva Visión Barraca,

Karmina, E. & Rojas, C. (2010) Validación del inventario de ansiedad-rasgo en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5), 491-496.

Kazdin, A. (2000) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: El Manual Moderno.

Kerr, M. (2003) *La historia de una familia: Un libro elemental sobre la teoría de Bowen*. Washington: Centro de la Familia de Georgetown.

Kierkegaard, S. (2004) *El concepto de la angustia*. Buenos Aires: Ediciones Libertador

Kierkegaard, S. (1987) *Tratado de la desesperación*. Buenos Aires: Editorial Quadrata.

Kübler-Ross, E., Kessler, D. (2003) *Lecciones de vida*. Barcelona: Océano. Ediciones Luciérnaga

Lacan, J. (2006) *El seminario 10: La angustia*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1991) *A medio siglo de el malestar en la cultura de Sigmund Freud*. México: Siglo XXI editores.

- Laplanche, J., Pontalis, J. (1994) Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, México.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000) Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Lieberman, D. (2007) Es hora de hablar de duelo. Del dolor de la muerte al amor a la vida. Buenos Aires: Atlántida.
- López, J. (1997) Manual Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Madrid. TEA.
- Luengo y Román. (2011) Estructura familiar y satisfacción parental: propuesta para la intervención: Universidad de Valladolid. España.
- Lyddon, W. y Jones, J. (2002) Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras. México: El manual moderno.
- Mendlowicz, M., Stein M., Quality of life in individuals with anxiety disorder, Am J Psychiatry 157:5, may 2000.
- Michaca, P. (1987) Desarrollo de la Personalidad. México: Ed. Pax.
- Minuchin, S. (1979) Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
- Molpeceres, M.A., Musitu, G. y Lila, M.S. (1994) La socialización del sistema de valores en el ámbito familiar. En G. Musitu y P. Allat (Eds.), Psicología de la familia. Valencia: Albatros.
- Morris, G., Maisto, A. (2001) Psicología. México: Pearson Educación, 10ª Edición.
- Organización Mundial de la Salud. (2003) Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. España: Médica Panamericana.
- Padilla, E., et al (2011) La familia y el lado oscuro de los diagnósticos. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar Año 2011 Vol 24, No. 2
- Riso, W. (2009) Terapia cognitiva. España: Paidós
- Sampson, G. (2000) La Psicoterapia como Artefacto Cultural. Ponencia presentada en el XXXIX Congreso Nacional de Psiquiatría, Bucaramanga, octubre 12 al 16 de 2000. Documento en pdf
- Sobrino, C. L. (2008) Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. Unifé.
- Spielberger, S. (1973). Inventario de ansiedad estado/rasgo para niños. Palo Alto, CA: Press.
- Spitz, R. (1965). El primer año de vida. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Tallaferro, Alberto. Curso básico de psicoanálisis, Edil. Paidós, México, D. F. 2000

Tercero, G., Lavielle, M., Muñoz, O., Clark, P., Medeiros, M., Hernández, A. & Luque, M. (septiembre, 2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental*, 36(5),381-386. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58228970005>.

Vargas, F. J.J., Ibáñez, R.E.J. y Hernández, L.M.L. (2012) La familia como contexto en la construcción de las emociones. *Alternativas en psicología*

Yerkes RM, Dodson JD ; The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18: (1908)459–82.

Young, Paul Thomas. *Cómo comprender mejor nuestros sentimientos y emociones*. Ed. Manual Moderno, México, DF, 1979

Zrebiec, JF. (2013). *Terapia de grupo*. México: Familia novaschola.

Anexos

México D.F a _____ de _____ del 2015

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A PADRES CON BEBÉS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

El propósito del presente estudio tiene como objetivo medir cómo afecta la depresión y la ansiedad a la satisfacción familiar en los cuidadores primarios que tienen un hijo(a) hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con la finalidad de mejorar las estrategias de intervención psicológica, que promuevan el apego familiar y la adherencia terapéutica.

Su colaboración es voluntaria y puede rehusarse en cualquier momento, incluso aunque empezara a contestar los cuestionarios. El no participar en ningún momento le traerá consecuencias como usuarios de los servicios del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

El procedimiento consistirá en:

Su participación requerirá el llenado de cuatro instrumentos que a continuación se mencionan:

- a) Inventario de depresión de Beck
- b) Inventario de Autoevaluación IDARE
- c) Estilos de Satisfacción Familiar por Adjetivos

El llenado de estos instrumentos les llevará aproximadamente entre 30 a 60 minutos.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. La información que nos brinde será anónima y no habrá forma de identificarla a través de ella. La información que nos proporcione permitirá generar las estrategias de intervención con los padres que tienen un hijo internado en la UCIN.

He recibido la información completa y estoy de acuerdo en que mis datos proporcionados se utilicen de manera anónima para los fines que el estudio plantea.

_____ Nombre y firma del cuidador principal.

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

Datos de Localización llamar:

Psic. César Ortiz Navarrete

Pss. Olmo Espinosa Ortiz

Unidad de psiquiatría cuarto piso, edificio Arturo Mundet

Tel. 52 28 99. Ext. 2038

Ficha Socioeconómica

Datos del paciente.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Diagnóstico: _____

Tiempo de estadía: _____

Lactancia: SI/NO

Número de integrantes de la familia del paciente: _____

Datos del padre o tutor.

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nivel de ingresos mensuales: _____

Antecedentes de ansiedad: _____

Antecedentes de depresión: _____

¿Quién la acompaña en el cuidado del paciente?

INVENTARIO DE DEPRESIÓN

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1)

<input type="checkbox"/> No me siento triste
<input type="checkbox"/> Me siento triste.
<input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
<input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

<input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
<input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro
<input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada
<input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

<input type="checkbox"/> No me siento fracasada
<input type="checkbox"/> Creo que cuando he fracasado más que la mayoría de las personas
<input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso
<input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

<input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes.
<input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes
<input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
<input type="checkbox"/> Estoy satisfecho o aburrida de todo.

5)

<input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable.
<input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones.
<input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
<input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.

6)

<input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigada.
<input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigada.
<input type="checkbox"/> Espero ser castigada
<input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigada.

7)

<input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí misma.
<input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí misma
<input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí misma.
<input type="checkbox"/> Me detesto.

8)

<input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro.
<input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
<input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas.
<input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

<input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.
<input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
<input type="checkbox"/> Desearía suicidarme.
<input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10)

<input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar.
<input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes.
<input type="checkbox"/> Lloro continuamente.
<input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

<input type="checkbox"/> No estoy más irritado de lo normal en mí.
<input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
<input type="checkbox"/> Me siento irritado continuamente.
<input type="checkbox"/> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

<input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás
<input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes.
<input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
<input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás.

13)

<input type="checkbox"/> Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
<input type="checkbox"/> Evito tomar decisiones más que antes.
<input type="checkbox"/> Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
<input type="checkbox"/> Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

<input type="checkbox"/> No creo tener peor aspecto que antes.
<input type="checkbox"/> Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractiva.
<input type="checkbox"/> Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
<input type="checkbox"/> Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

<input type="checkbox"/> Trabajo igual que antes.
<input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
<input type="checkbox"/> Tengo que obligarme mucho para hacer algo
<input type="checkbox"/> No puedo hacer nada en absoluto.

16)

<input type="checkbox"/> Duermo tan bien como siempre.
--

<input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes.
<input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
<input type="checkbox"/> Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

<input type="checkbox"/> No me siento más cansado de lo normal.
<input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes.
<input type="checkbox"/> Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
<input type="checkbox"/> Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

<input type="checkbox"/> Mi apetito no ha disminuido.
<input type="checkbox"/> No tengo tan buen apetito como antes.
<input type="checkbox"/> Ahora tengo mucho menos apetito.
<input type="checkbox"/> He perdido completamente el apetito.

19)

<input type="checkbox"/> Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
<input type="checkbox"/> He perdido más de 2 kilos y medio.
<input type="checkbox"/> He perdido más de 4 kilos.
<input type="checkbox"/> He perdido más de 7 kilos.
<input type="checkbox"/> Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

<input type="checkbox"/> No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
<input type="checkbox"/> Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
<input type="checkbox"/> Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
<input type="checkbox"/> Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

<input type="checkbox"/> No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
<input type="checkbox"/> Estoy menos interesada por el sexo que antes.
<input type="checkbox"/> Estoy mucho menos interesada por el sexo.
<input type="checkbox"/> He perdido totalmente mi interés por el sexo.

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	①	②	③	④
2. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
3. Estoy tenso (a)	①	②	③	④
4. Estoy contrariado (a)	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado (a)	①	②	③	④
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
9. Me siento ansioso (a)	①	②	③	④
10. Me siento cómodo (a)	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
12. Me siento nervioso (a)	①	②	③	④
13. Me siento agitado (a)	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado (a)	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
17. Estoy preocupado (a)	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④



IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado (a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro (a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico (a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho (a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	①	②	③	④



Hoja de anotación

Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad:

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPañADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPETADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATACADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27



TEA Ediciones, S.A.