

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN  
PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**AIDA JOSELYN OLVERA RUVALCABA**

**TUTOR: DR. CARLOS FIGUEROA LÓPEZ**

**COMITÉ TUTORIAL:**

**MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA**

**MTRA. LETICIA ASCENCIO HUERTAS**

**DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ**

**DRA. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**\* No salgas de casa para ver las flores.  
Amigo mío, no te molestes en hacer esa excursión,  
En tu cuerpo hay flores.  
Una Flor tiene mil pétalos.  
Ése es un buen lugar para sentarse.  
Sentado allí vislumbrarás la belleza  
Que hay en tu cuerpo y fuera de él.  
Antes de los jardines y después de los jardines.\***

**Kabir**

### ***Agradecimientos:***

A la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología, por brindarme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

Al Hospital Juárez de México y al Instituto Nacional de Pediatría por ser los escenarios de una experiencia de aprendizaje única.

Al Dr. Carlos Figueroa López por su orientación y retroalimentación en el tiempo que duró mi formación.

A la Mtra. Leticia Ascencio Huertas por compartir sus consejos, experiencia, dedicación y entrega en mi formación durante el año de residencia en el servicio de oncología

Al Mtro. Arturo Martínez Lara por ser siempre esa guía y motivador en los momentos más oportunos.

A la Dra. Andrómeda Valencia y al Dr. Samuel Jurado por ser parte de este comité.

A Paty, por compartir junto conmigo este camino...

## ***Dedicatorias***

A las personas que más amo y admiro en el mundo mi papá y mi mamá, gracias por todo el amor y cuidado con el que me han hecho crecer y desarrollarme.

A Yetti y Gorgi, los amo con todo mi corazón, tengo que agradecerles mucho el que sean parte de mi vida, siempre han sido mis más grandes apoyos en los momentos más difíciles y más divertidos de mí vida. Son unos hermanos maravillosos.

A mi Abue, gracias a ti también por todo el amor y cuidado que me diste, gracias por representar para mí lo que significa la fortaleza y el amor.

A todos mis tíos (Mamá helena, Liel, Yeya, Pili, Ochi, Gonza, Fer, Madrina, etc., etc.), gracias por todo el apoyo, cariño, comprensión y cuidado que siempre me han brindado, los quiero mucho, mucho.

A mis primos (Ale, Pili, Pachi, Dario, Octavio, Ere, Jade, Luis, Dante, Jovani, Mafer, etc, etc.) Por ser participes de muchas grandes aventuras y experiencias maravillosas en mi vida.

A Adrián, porque compartimos juntos nuestras vidas, te amo.

## INDICE

Resumen.....	8
Introducción.....	9
Psicología de la salud y Medicina Conductual.....	10
Residencia en Medicina Conductual.....	7
Estrategias de Intervención.....	11

### **Primer Año de Residencia en Medicina Conductual Hospital Juárez de México Servicio de Oncología**

Cáncer.....	17
Estadísticas.....	17
Definición.....	17
Etiología.....	18
Sintomatología.....	18
Factores de Riesgo.....	19
Diagnóstico.....	19
Tratamiento Médico.....	20
Aspectos Psicológicos de la enfermedad.....	21
Tratamiento Psicológico.....	22

### **Primer año de Residencia, Hospital Juárez de México**

Características de la Sede .....	23
Características del Servicio Donde se Ubica el Residente de Medicina Conductual.....	23
Rotaciones Durante el Primer Año de Residencia en Medicina Conductual.....	23
Descripción de las Actividades que se Realizan en el Servicio.....	26
Actividades en el Área Clínica.....	26
Estadísticas de los Pacientes Atendidos Durante el Año de Rotación.....	29
Competencias Desarrolladas Durante el Año de Rotación en el Servicio.....	35
Competencias Académicas.....	35
Competencias Clínicas.....	35
Competencias Personales.....	36
Evaluación General Durante el Año de Rotación.....	36
Evaluación de las Actividades Clínicas.....	36
Evaluación de las Actividades Académicas.....	36
Evaluación de la Supervisión Recibida.....	37
Evaluación General del Servicio de Oncología.....	37
Intervención Cognitivo Conductual en la Insatisfacción de la Imagen Corporal a Consecuencia de los Tratamientos de Cáncer de Mama: Estudio de caso.....	39
Resumen.....	39
Introducción.....	39
Caso Clínico.....	42

Motivo de Consulta.....	42
Evaluación Psicológica.....	43
Análisis de las Conductas Problema.....	45
Mapa Clínico de Patogénesis.....	46
Plan de Intervención.....	46
Resultados de la Intervención Psicológica.....	49
Discusión y Conclusión.....	52
Diseño y Validación de una Escala para Medir Fuentes de Estrés en Personal de Salud.....	54
Resumen.....	54
Estrés.....	54
Modelo Fisiológico.....	55
Modelo transaccional.....	56
Estresores laborales.....	57
Método.....	60
Participantes.....	60
Instrumento.....	61
Procedimiento.....	61
Resultados.....	61
Discusión y Conclusión.....	63

**Segundo Año de Residencia en Medicina Conductual**  
**Instituto Nacional de Pediatría**  
**Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado**

Características de la sede.....	66
Instituto Nacional de Pediatría.....	66
Características de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.....	66
Objetivos de la Actividad Asistencial.....	67
Objetivos de la Actividad Docente.....	67
Objetivo de las Actividades en Investigación.....	67
Descripción de las Actividades que se Realizan en el Servicio.....	67
Pacientes Atendidos durante el Año de Rotación .....	72
Competencias Alcanzadas Durante el Año de Rotación en el Servicio.....	74
Competencias Clínicas.....	74
Competencias Académicas.....	74
Competencias Personales.....	75
Evaluación General Durante el Año de Rotación.....	75
Evaluación de las Actividades Clínicas.....	74
Evaluación de las Actividades Académicas. ....	75
Evaluación General de la Clínica.....	75
Piloteo de un Taller Psicoeducativo Basado en Estrategias Cognitivo Conductuales para Facilitar la Adherencia Terapéutica y Promover Conocimientos en Competencias Parentales en Padres y Cuidadores de Niños Víctimas de Maltrato Infantil.....	77
Resumen.....	76

Maltrato infantil.....	77
Factores de Riesgo Asociados al Maltrato Infantil.....	79
Consecuencias del Maltrato Infantil.....	81
Consecuencias a Corto Plazo.....	81
Consecuencias Físicas en Maltrato Físico, Negligencia y Abuso Sexual.....	81
Consecuencias Psicológicas y Conductuales.....	81
Aspecto Cognitivo e Intelectual.....	82
Aspecto Conductual.....	81
Aspecto Fisiológico.....	83
Consecuencias a Largo Plazo.....	83
Tratamiento del Maltrato Infantil.....	84
Prevención.....	84
Maltrato Infantil y Adherencia Terapéutica.....	85
Método.....	86
Justificación.....	86
Objetivo	
General.....	86
Objetivos Específicos.....	87
Hipótesis.....	87
Diseño.....	87
Muestreo.....	88
Participantes.....	88
Mediciones.....	89
Variable Independiente y Dependiente.....	89
Materiales.....	91
procedimiento.....	91
Análisis Estadísticos.....	92
Resultados.....	92
Discusión y Conclusiones.....	94
Limitaciones y Sugerencias.....	95
Conclusión Final de la Residencia.....	96
Referencias	
Bibliográficas.....	97
Anexos.....	107



## Resumen

La medicina conductual es un campo interdisciplinario, que tiene la finalidad de aplicar y desarrollar conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, cuyas técnicas y objetivos pueden adaptarse para el abordaje interdisciplinario de otros fenómenos que también constituyen problemas de salud pública a nivel mundial como es el caso del maltrato infantil, el cual también genera costos importantes y repercusiones físicas y psicológicas para las víctimas. La atención interdisciplinaria y basada en técnicas efectivas provenientes de la medicina conductual, pueden promover la rehabilitación de las víctimas y su prevención en distintos niveles. En el presente reporte se describen las actividades realizadas en dos instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención como parte de la maestría con residencia en medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM. El primer año de residencia se efectuó en el Hospital Juárez de México, en la unidad de oncología, durante este año se llevó a cabo la atención de 291 pacientes mediante técnicas cognitivo conductuales; se desarrolló el diseño y la validación de un instrumento de evaluación para medir fuentes de estrés en personal de salud. Asimismo se presenta el abordaje de un caso clínico en una paciente con cáncer de mama con insatisfacción con su imagen corporal, debido a los tratamientos de mastectomía y quimioterapia. El segundo año de residencia se realizó en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, en el que se llevó a cabo la atención de 15 pacientes y se desarrolló un programa de prevención de corte psicoeducativo para padres y cuidadores de niños víctimas de maltrato infantil, con el objetivo de promover conocimientos en competencias parentales y facilitar su adherencia a una intervención psicológica.

**Palabras clave:** *medicina conductual, cáncer, maltrato infantil*

## **INTRODUCCIÓN**

### **Psicología de la Salud y Medicina Conductual**

La consolidación de la psicología como una disciplina y una profesión que debe insertarse en el sector sanitario se concretó hasta mediados de los años setenta con la aparición de la psicología de la salud y la medicina conductual. El nacimiento de la psicología de la salud, puede situarse en el interés del surgimiento de un modelo holístico de la salud, que pretendiera integrar factores biológicos, psicológicos y sociales y reconocer la etiología multifactorial del proceso de enfermedad, al reconocer que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en su origen como en su mantenimiento, (Sánchez-Sosa, 2002). De esta forma, la preocupación sanitaria que ha desplazado de manera importante a las enfermedades infecciosas a los trastornos crónicos de etiología multicausal por su incidencia y mortalidad, ligados al estilo de vida, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años y suele llevar una serie de cambios en su calidad y estilo de vida, además de que el modelo médico de la enfermedad, el cual asume que el cuerpo y la mente son entidades separadas, resulta insuficiente para entender y tratar los problemas crónicos, por lo tanto se hace patente la necesidad de una colaboración interdisciplinaria para dar atención a este tipo de padecimientos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998, Becoña, Vázquez y Oblitas, 2003; Libertad, 2003; Labiano, 2004).

De esta forma, la psicología de la salud es el producto de una nueva forma de conceptualizar la salud ante las limitaciones del modelo biomédico, al considerar las dimensiones psicosociales en el proceso de salud-enfermedad, en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población, se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de enfermos y personas con secuelas y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población, ya que dispone de un bagaje conceptual y tecnológico para hacer frente a las demandas de salud de la sociedad actual (Libertad, 2003, Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

Por otra parte, la medicina conductual, nace a partir de la necesidad de un abordaje interdisciplinario de la salud y la enfermedad en el que estuvieran presentes la suma de las contribuciones de diversas especialidades y la ciencia biomédica y conductual. El término de medicina conductual fue empleado por primera vez en 1973 al aparecer en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Birk, 1973) y nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación inicial fueron las conductas de salud y enfermedad y las contingencias que la mantienen, así como los cambios necesarios para modificar dichas conductas (Rodríguez, 1984; Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La medicina conductual surgió de manera formal en la Conferencia sobre Medicina Conductual, llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977, después en una reunión llevada a cabo en la Academia Nacional de Ciencias, definiéndola como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, cuyo principal objetivo es el de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de pacientes (Reynoso y Selligson, 2005, Rodríguez-Ortega, 2010).

En 1978, se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual, esta define a la medicina conductual como un campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de aplicar y desarrollar conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades (Schwartz y Weiss, 1978).

Entre sus principales características se encuentran: el uso de técnicas clínicas surgidas a partir del análisis experimental de la conducta, el soporte metodológico del análisis funcional de conductas asociadas con desórdenes médicos, la utilización de técnicas efectivas para modificar la conducta, el uso de la retroalimentación biológica, para efectuar cambios corporales en intervención de trastornos somáticos (migraña, cefalea tensional, úlceras y dolor crónico, etc.), tratamiento y prevención de enfermedades crónicas (Pomrelau y Brady, 1979, Blachard, 1982; Rodríguez Ortega, 2010).

## **RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

El programa de maestría y doctorado en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, ofrece la maestría con residencia en medicina conductual. Su principal objetivo se centra en desarrollar en el alumno las capacidades que requiera para el ejercicio profesional en el ámbito de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria, promoviendo conocimientos y competencias necesarios para la solución de problemas y mediante el ejercicio de actividades como la docencia, atención e investigación.

Dentro de los objetivos específicos se encuentran los siguientes:

- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.

- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.
- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.
- Para cumplir los objetivos de formar recursos humanos, se cuenta con la posibilidad de llevar a la práctica los conocimientos y habilidades en distintos escenarios con poblaciones que requieran de estos servicios, entre los cuales se encuentran: El Instituto Nacional de Cancerología, El Hospital General de Atizapán, El Instituto Nacional de Nutrición, El Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Juárez de México.

En el presente reporte se presentan el trabajo y la experiencia profesional adquirida durante dos años de rotación, como parte de la maestría con residencia en medicina conductual en dos instituciones de salud, la primera perteneciente al segundo nivel de atención (El Hospital Juárez de México) y la segunda al tercer nivel (Instituto Nacional de Pediatría). A continuación se presentan las estrategias de intervención que se emplearon en su mayoría en la atención psicológica.

### **Estrategias de Intervención**

Las estrategias de intervención que mayormente se emplearon en estos dos escenarios se describen a continuación:

#### *Estrategias terapéuticas cognitivas:*

Se han desarrollado a partir de que hay pacientes cuyo comportamiento se basa en utilizar juicios donde la única opción es el razonamiento dicotómico o la generalización excesiva. La Terapia Racional Emotiva (TRE) identificó 12 pautas erróneas de pensamiento, con ideas catastrofizantes, negativistas y proféticas. Los pasos que el terapeuta debe seguir: informar al paciente, ayudar a identificar pensamientos y desafiar ideas erróneas. Beck (1981), propone una terapia cognitiva en el área de la depresión cuyos elementos son: la autoobservación de pensamientos automáticos para reconocerlos, aplicación de reglas de evidencia lógica y pruebas de realidad (Reynoso y Selligson, 2006).

### Reestructuración cognoscitiva

La reestructuración cognoscitiva consiste en un conjunto de técnicas dirigidas a modificar desajustes cognoscitivos, tales como creencias irracionales (Ellis, 1974); diálogos internos inhibitorios (Meichenbaum, 1977); expectativas de autoeficacia errónea (Bandura, 1977); supuestos y esquemas negativos (Beck, 1976); estilos atribucionales inadecuados (Girodo, 1984) que interfieren e inhiben el buen desarrollo social (Hidalgo y Abarca, 1999).

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2006), esta técnica fue propuesta por Mahoney en 1978 y consta de cinco elementos:

- R Reconocimiento de la sensación de malestar
- D. Discriminación de los eventos privados
- E. Evaluación de las bases lógicas y la función adaptativa
- P Presentación de alternativas
- P Premiarse (o pensar en premiarse) (p. 68).

### Terapia de Solución de Problemas

Basados en la revisión de la teoría sobre la resolución de conflictos y la investigación del campo de la psicología experimental, educación e industria, D'Zurilla y Goldfried propusieron un modelo de resolución de conflictos sociales para dirigir el Entrenamiento en Resolución de Conflictos (ERC).

Un modelo prescrito trata de especificar como los sujetos deben resolver los conflictos con el fin de maximizar su efectividad. El modelo de D'Zurilla y Goldfried tiene cinco componentes o estadios:

1. Orientación del conflicto.
2. Formulación y definición del conflicto.
3. Elaboración de soluciones alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Implementación de la solución y verificación.

Cada componente tiene un propósito o función definida en el proceso resolutivo. Cuando se aplican adecuadamente y en conjunto a un conflicto en particular, se supone que maximizan la probabilidad de descubrir la solución más efectiva.

## Relajación

Constituye la principal estrategia de intervención que se utiliza en la psicología clínica y de la salud, esta técnica de intervención se encuentra dirigida en reducir los síntomas de estrés y ansiedad en los pacientes, tanto en el aspecto fisiológico como el cognitivo y emocional (Reynoso y Seligson, 2006). La técnica de relajación está basada en los postulados de Wolpe (1958), las cuales señalan que la respuesta de relajación sería antagónica a la respuesta ansiosa, (Hidalgo y Abarca, 1999).

Existen distintos procedimientos para enseñar al paciente a reducir sus respuestas de activación mediante la relajación, entre estos se encuentran los siguientes:

- *Relajación Muscular Progresiva de Jacobson*: la se encuentra basada en trabajos de neurofisiología muscular y psicofisiología, esta tiende a reducir el tono muscular y en consecuencia a disminuir la excitabilidad cerebral en el cortex en reposo, genera un efecto de calma, disminución de la tensión, ansiedad (Vázquez, 2001).
- *Imaginación guiada*: Constituye una herramienta muy útil para lograr un mayor control de las emociones y los procesos internos. Para efectuar cambios deseados en la conducta, la técnica de imaginación guiada puede utilizarse para aliviar la tensión muscular (Reynoso y Seligson, 2006). Las imágenes también pueden facilitar la toma de contacto con sentimientos, emociones o experiencias del pasado. Mediante el trabajo con imágenes, la persona puede integrar estos sentimientos y de esta forma acercarse a la solución de conflictos (Cornejo y Baranda, 1983, citados en Hidalgo y Abarca, 1999).
- *Entrenamiento Autógeno*: Esta técnica fue publicada en 1932, por el médico alemán Johannes Sultz, esta técnica se encuentra basada en las técnicas de hipnosis, en las que se pone de manifiesto que las representaciones mentales podían producir cambios físicos de tranquilidad; generando sensaciones de peso y calor; estas representaciones mentales pueden evocar respuestas de relajación. Shultz diseñó un procedimiento de aprendizaje progresivo que se basa en tres principios básicos: A) la repetición mental de formulas verbales que describieran distintas respuestas fisiológicas. B) la concentración pasiva del cliente. C) la reducción de la estimulación exteroceptiva y propioceptiva (Vazquez, 2001).
- *Respiración Diafragmática*: Este procedimiento permite la mayor expansión pulmonar y niveles mayores de oxigenación, ya que el aire se dirige a la parte más alta de los pulmones, que es la que contiene la mayor cantidad de sangre; además cuando el abdomen se expande hay poca implicación de los músculos del pecho y hombros, por lo

que la respiración requiere de un mínimo esfuerzo. Este patrón respiratorio se asocia y puede estimular una respuesta parasimpática (Vázquez, 2001).

- Entrenamiento asertivo

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos, opiniones, desacuerdos, ideas, etc., el entrenamiento de esta conducta tiene la finalidad de incrementar la capacidad del cliente en este comportamiento, generando un sentimiento de bienestar y lograr recompensas de tipo social (Reyno y Selligson, 2006).

- Intervención en Crisis

Dentro del campo de la psicología clínica y de la salud, el terapeuta debe tener los elementos necesarios para enseñar a la persona a enfrentar situaciones y eventos vitales inesperados o situaciones de crisis (como un diagnóstico de cáncer); Kochin (1976); Reynoso y Selligson, 2006); mencionan tres objetivos primordiales que deben ser abordados para una situación de intervención en crisis:

- Manejar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
- Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su nivel de funcionamiento cotidiano, previo al evento.
- Ayudar al paciente y familiares u otros afectados a desarrollar una estrategia de solución de problemas, que le permitan llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias.

Por su parte Slaikeu (2000), propone cinco objetivos dentro de la ejecución de la intervención en crisis:

- Realizar un contacto psicológico: implica invitar a hablar, escuchar hechos y sentimientos, sintetizar, reflejar hechos y sentimientos, efectuar declaraciones empáticas, demostrar interés por comunicarse, establecer contacto físico.
- Analizar las dimensiones del problema: Indagar acerca del pasado inmediato o el incidente que precipitó la crisis, el funcionamiento del paciente previo a la crisis, indagar en las fortalezas principales y recursos personales y sociales y en el futuro inmediato mediante decisiones inminentes.
- Sondar posibles soluciones: indagar que se ha intentado realizar para resolver el problema, que podría hacer el paciente; proponer nuevas alternativas.

- Asistir en la ejecución de pasos correctos; adoptar una actitud facilitadora o directiva dependiendo de la gravedad del caso.
- Seguimiento para verificar el progreso: Establecer un convenio para citas subsecuentes.

### *Intervenciones educativas (Psicoeducación)*

Se encuentran orientadas a la clarificación de información como el diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios de los mismos, reforzamiento de la información brindada por el equipo médico, de igual forma en los familiares del paciente se favorece la comprensión de la información brindada por el equipo médico y comprender cómo vive el paciente la enfermedad (Vidal, 2008).



**PRIMER AÑO DE  
RESIDENCIA**

**HOSPITAL JUÁREZ DE  
MÉXICO  
SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA**

## CANCER

### ***Estadísticas***

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2007, el cáncer fue la principal causa de mortalidad a nivel mundial, ya que se le atribuyen 7.9 millones de defunciones ocurridas y se estima que alrededor de 84 millones de personas morirán a causa de esta enfermedad entre 2005 y 2015. Asimismo la mortalidad más alta es debida al cáncer de pulmón, seguido por el cáncer de estómago, hígado, colon y mama y cuello uterino. (Organización Mundial de la Salud, 2009).

En nuestro país, en el año 2007, el cáncer representó la tercera causa de muerte entre las mujeres con 35 303 defunciones (15.4%), mientras que en los hombres fue la cuarta con 33 509 muertes (11.8% del total de defunciones en varones). En las mujeres los tres principales tipos de cáncer que causaron fallecimientos durante este mismo año fueron: el cáncer de mama (13.8%) y cuello uterino (12%) e hígado (7.6%). En los varones, el cáncer de próstata (15.7%), de tráquea, bronquios y pulmón (14%) y de estomago (9%), fueron las principales causas de muerte por neoplasias malignas. Por otro lado, la edad de la población está relacionada con el tipo de cáncer que padece. Los hombres mayores de 60 años presentan mayor incidencia de casos de cáncer en órganos digestivos, seguido de aparato respiratorio y órganos genitales., en la población menor de 20 años resalta el cáncer de tejido linfático, de órganos hematopoyéticos y tejidos afines; esto de acuerdo a cifras del INEGI.

### ***Definición de cáncer***

El término cáncer proviene de *carcin* (cangrejo), que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos que a simple vista se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que al igual que un cangrejo, hacen presa a los tejidos que invaden. El cáncer es un término que se emplea para denominar a la proliferación anormal de la células debido a una división incontrolada; estas células pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático, existen cien diferentes tipos de cáncer y la mayoría de denominan dependiendo del órgano que están afectando (Instituto Nacional del Cáncer; Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son (Instituto Nacional del Cáncer de EEUU, 2012):

- **Carcinoma:** cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

- **Sarcoma:** cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- **Leucemia:** cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.
- **Linfoma y mieloma:** cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario.
- **Cánceres del sistema nervioso central:** cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

### ***Etiología***

El cáncer es el resultado de una interacción causal y la reacción viva del organismo; es una enfermedad crónica que puede prevenirse y es curable en un número elevado de casos. Las teorías modernas de la carcinogénesis mencionan que el cáncer puede ser atribuible a factores exógenos: agentes químicos (90% de los casos), agentes físicos y agentes biológicos y a factores endógenos: factores hereditarios, factores inmunitarios y factores hormonales como es el caso del cáncer de mama, adenocarcinoma de endometrio, cáncer de próstata y algunos otros y factores nutricionales (Senra, 2002).

La carcinogénesis es el resultado de varias etapas: Primera etapa o de iniciación en la cual se produce una mutación del material genético de una célula y esta transmite a la descendencia dicha mutación; segunda etapa de la transformación maligna: tercera etapa de progresión de la lesión local a enfermedad general, en esta juegan un papel importante los factores endógenos antes mencionados (Senra, 2002).

### ***Sintomatología***

La carcinogénesis es un proceso silencioso en el cual la persona no nota inicialmente síntoma alguno a excepción de los cánceres de piel; esto hace que muchos cánceres pasen inadvertidos y se detecten hasta una etapa ya avanzada, sin embargo puede advertirse a partir de la presencia de síntomas inespecíficos como la fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito y fiebre. Algunos síntomas específicos que se han identificado en estadios más avanzados son los siguientes dependiendo de la localización: alteración en los hábitos de evacuación, expulsión de sangre por las vías urinarias, ulceración de la piel que tarda en cicatrizar, aparición de bultos en alguna parte del organismo, crecimientos súbito de una verruga o lunar, cambios en la calidad de la voz, ronquera, persistente pesadez gástrica o la dificultad para deglutir alimentos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

## ***Factores de Riesgo***

Los principales factores de riesgo que se ha identificado son los siguientes: exposición a sustancias químicas, comportamiento sexual al no protegerse del virus del papiloma humano y no realizar revisiones médicas para su detección oportuna (Papanicolaou, mastografía), el consumo de alcohol y tabaco, la exposición a rayos UV, una alimentación inadecuada, rica en grasas y escasa en fibra y la falta de expresión de emociones (Amigo, Fernandez y Pérez, 1998).

## ***Diagnóstico***

Para grupos de población en riesgo de desarrollar cáncer, puede realizarse el diagnóstico oportuno en las fases iniciales de la enfermedad cuando esta es tratable y potencialmente curable y de esta forma reducir la morbimortalidad mediante programas de screening, como es el caso de la detección oportuna del cáncer de mama mediante la autoexploración y la mamografía, el cáncer de cérvix mediante el papanicolao o el cáncer colorectal mediante el análisis de sangre oculta en heces en los pacientes con antecedentes heredofamiliares. Sin embargo, no todos los tumores son susceptibles a estos programas (De Paz, García y Sastre, 2000).

En el caso de los tumores en los que no es posible realizar detección oportuna, los métodos de detección, localización y estadiaje, son las pruebas de imageneología, dentro de estas las más utilizadas son: la Tomografía Axial Computarizada, la Resonancia Magnética, la Ecografía, la Tomografía por Emisión de Positrones. Para los órganos huecos (localizados en el tracto digestivo y genitourinario), la endoscopia (esofagogastroscofia, rectoscopia, colonoscopia, cistoscopia, etc.), la cual consta de la introducción de una lente microscópica que se introduce en alguna cavidad o incisión, y la ecografía endocavitaria (endovaginal, endoesofágica y endorectal, etc.) son los métodos más frecuente para la evaluación de la profundidad de la pared y afectación adenopática regional. Para la detección los tumores primarios y metastásicos de tejidos osteoarticulares se utiliza la tomografía, la resonancia y el gammagrama óseo. La arteriografía se emplea como método de diagnóstico para localizar tumores en el árbol vascular. Asimismo, para el diagnóstico de masas en diferentes órganos se realizan estudios histológicos mediante las biopsias o punciones-biopsias guiadas por técnicas de imagen (extracción o aspiración de células o de tejidos). Los marcadores tumorales son sustancias que se encuentran en la sangre o tejidos, producidos por células tumorales o tejidos del organismo en respuesta a la presencia del tumor, cuya identificación y cuantificación ayudan al diagnóstico y manejo de la enfermedad, los más frecuentes son: el Antígeno Carcinoembrionario, Alfa-

fetoproteína, enzimas LDH, algunas hormonas, Antígeno Prostático Específico, inmunoglobulinas, marcadores genéticos como el Her-2-neu, entre otros (De Paz, García y Sastre, 2000).

### ***Tratamiento Médico***

Los tratamientos oncológicos, pueden clasificarse del siguiente modo (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vidal, 2008):

#### Tratamientos locales

Cirugía: Consiste en extirpar con métodos quirúrgicos la zona afectada por la neoplasia, se aplica cuando el tumor se encuentra focalizado y no es muy extenso, mediante este procedimiento se corre el riesgo de desprender una célula cancerígena y que esta se infiltre en otros tejidos. Asimismo este procedimiento conlleva una serie de reacciones emocionales en el paciente como es el temor a no despertar de la anestesia, temor al dolor y la recuperación, secuelas y dependencia física posterior al tratamiento y una alteración importante en la imagen corporal.

Radioterapia: esta última consiste en la aplicación de dosis de radiación que se planifica de forma concentrada en la zona donde se encuentran las células neoplásicas, el tratamiento radiante puede producir náuseas, debilidad, depresión, pérdida de apetito, alteración del sentido del gusto y de otros síntomas que dependen de la zona tratada, ardor, disfagia, enrojecimiento de la piel, etc.

#### Tratamientos sistémicos

Quimioterapia: La quimioterapia, puede definirse como la actividad antiproliferativa ejercida por distintos medicamentos naturales o semisintéticos que actúan sobre distintas fases del ciclo celular, su acción general consiste en producir alteraciones del ADN lo que genera muerte celular por falta de timina; en los tumores sólidos se administra generalmente como adyuvante luego del tratamiento quirúrgico, como una opción "preventiva". Los efectos secundarios se caracterizan por la presencia de náusea, vómito, anorexia, alopecia, cansancio, mucositis, diarrea, palidez extrema, parestesias, mialgias y cefaleas, fatiga, neurotoxicidad etc. Por otra parte las reacciones emocionales asociadas a este tratamiento se hacen presentes en la mayoría de los pacientes, ya que pueden experimentar niveles elevados de ansiedad y depresión ante los primeros ciclos y en presencia de la totalidad del tratamiento.

Trasplante de médula ósea: Procedimiento consiste en la aplicación de dosis altas de quimioterapia-radioterapia con trasplante en un segundo término de células progenitoras hematopóéticas que se extraen de la médula ósea o circulación periférica del donante.

Tratamiento hormonal: Este tratamiento se utiliza en aquellas neoplasias que tienen dependencia hormonal como es el caso del cáncer de mama, endometrio o próstata. Su acción puede llevarse a cabo suprimiendo su acción por la inhibición de la producción hormonal mediante el bloqueo de receptores celulares, lo que impide con la acción de dichas hormonas modificándose así las hormonas relacionadas a la proliferación tumoral.

Inmunoterapia: En el organismo humano existen sustancias que actúan modificando la interacción entre las células neoplásicas y la respuesta inmune a las mismas que se denominan modificadores de la respuesta biológica, estos modificadores pueden ser producidos en el laboratorio para ser utilizados en el tratamiento contra el cáncer.

### ***Aspectos psicológicos de la enfermedad***

El término de cáncer conlleva una serie de significados en nuestra cultura, todos ellos asociados a la muerte inevitable; no es de extrañar que a las personas que han recibido este diagnóstico, las coloca en muchos casos en una situación de indefensión, ya que se ven inmersas en un proceso de consecuencias negativas que van a afectar su ámbito familiar, personal y profesional y por lo tanto se encuentren invadidas por diversos miedos asociados por ejemplo a la dependencia debido al deterioro físico, la posibilidad de verse desfigurado o mutilado, al abandono por parte de sus seres queridos debido a la agotamiento, el representar una carga, el ser discriminados socialmente o por factores económicos como el no poder continuar con los tratamientos por los altos costos que genera y finalmente el miedo a morir y la impotencia de no poder impedirlo (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Vidal, 2008).

El conocimiento de que se está enfermo de cáncer, aunque todavía no existan síntomas puede ser también considerado un evento traumático; asimismo, después de recibir un diagnóstico, posteriormente el paciente debe enfrentarse a un tratamiento y luego a una serie de controles ya que pueden presentarse recidivas y metástasis, no obstante los tratamientos en su mayoría en muchos casos producen una importante repercusión física y complicaciones frecuentes, por lo tanto las repercusiones psicológicas asociadas a la enfermedad son en suma complejas, ya que afecta el bienestar psicológico, sus conductas de autocuidado y la calidad de vida del paciente. Las reacciones emocionales más frecuentes están asociadas a la depresión y la ansiedad por lo tanto es importante

reforzar los recursos con los que los pacientes pueda contar para promover su bienestar psicológico (Vidal, 2008, Robles, 2009).

### ***Tratamiento Psicológico***

De acuerdo con DeGoog, Crawford y Jonsgma (1999) y Vidal, (2008); los objetivos a largo plazo de una intervención psicológica para el paciente con cáncer, se encuentran dirigidas a:

- Disminuir la depresión, el miedo y la ansiedad.
- Resignificar la situación traumática que representa la enfermedad.
- Mejorar la habilidad de identificar, manejar y expresar emociones asociadas al diagnóstico de cáncer.
- Mejorar la calidad de vida y reducir conflictos en las actividades diarias causadas por el cáncer o el decremento en la salud física.
- Promover conocimientos acerca del cáncer y los tratamientos disponibles.
- Modificar creencias inexactas o distorsionadas acerca de la enfermedad y tratamientos y otras asociadas a estados de ánimo negativo.
- Desarrollar actitudes y conductas que promuevan emociones de tranquilidad, aceptación, confianza asociadas a los cambios que deba realizar debido a la enfermedad.
- Estimular y fortalecer la alianza terapéutica entre el médico el paciente.
- Incrementar la adherencia con los ajustes necesarios a los tratamientos médicos.
- Entrenar en los procedimientos adecuados para manejo del dolor.
- Promover la adquisición de estrategias de manejo de estrés para mejorar la adaptación a la enfermedad.
- Disminuir o eliminar conductas que afecten la salud e implementar conductas positivas de salud.
- Colaborar en la resolución de conflictos entre el paciente, su familia y /o el equipo de salud.

## **PRIMER AÑO DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

### **Características de la sede**

El primer año del programa de residencia en medicina conductual, se realizó en el Hospital Juárez de México, el cual es un instituto de segundo nivel de atención, se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero.

Por decreto presidencial, se creó como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonios propios, que tiene como objetivo coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, proporcionando servicios médicos de alta especialidad, así como la formación de recursos humanos especializados en el campo de las especialidades médicas.

Entre sus principales funciones se destacan:

- El prestar servicios de hospitalización y de consulta en las especialidades con las que cuenta.
- Implementar esquemas innovadores de generación de recursos para incrementar su patrimonio.
- Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad.
- Difundir información técnica y científica sobre avance que en materia de salud registre, así como la publicación de trabajos que realice.
- Impulsar la participación ciudadana en el autocuidado de la salud.
- Promover el intercambio científico de carácter nacional como internacional (Diario Oficial de la Federación, 2005).

### **Características del servicio donde se ubica el residente de Medicina Conductual**

La rotación se efectuó en el Servicio de Oncología, situado en la planta baja del edificio C de la unidad, el servicio consta de una bomba de cobalto, sala para el simulador, un cubículo de quimioterapia y uno de radioterapia, sala de quimioterapia ambulatoria y siete consultorios para atención a la población, en uno de estos se realizan juntas para discusión de casos y se imparten clases a los residentes pertenecientes al servicio, médicos rotantes y estudiantes, área de urgencias, también cuenta con servicio de



prótesis, dos cubículos para el área de trabajo social y un consultorio para la clínica de cuidados paliativos y el servicio de psicooncología.

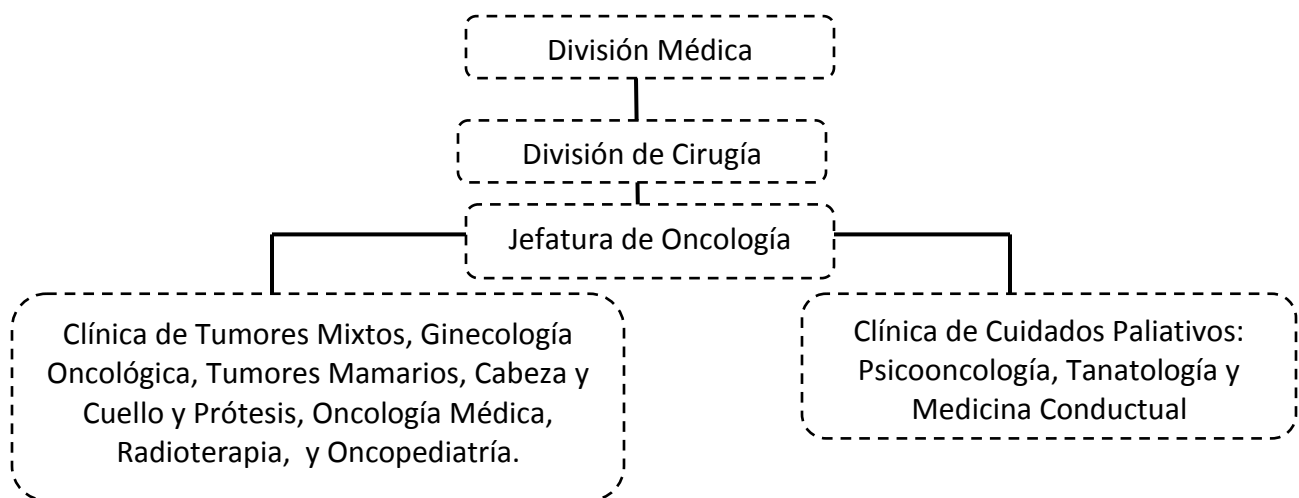
Cuenta con seis clínicas para la atención a la población oncológica adulta y un servicio para población pediátrica, entre las cuales se encuentran: la clínica de tumores mixtos, la clínica de oncología ginecológica, la clínica de tumores mamarios, la clínica de tumores de cabeza y cuello, la clínica de oncología médica (quimioterapia) y la clínica de radioterapia.

En la planta alta del edificio C, se aloja un quirófano con 10 salas de cirugía, también se realizan cateterismos para la población que requiere el servicio, en el primer piso se encuentra el área de hospitalización, donde se ubican siete salas con seis camas cada una, dos de ellas cuentan únicamente con tres camas, el total de camas del área de hospitalización es de 46. El piso posee una oficina administrativa de trabajo para los residentes médicos y psicólogos y cuenta con tres centrales de enfermería y una clínica de ostomías.

Durante el período de rotación el servicio de oncología se encontraba bajo la jefatura del Dr. Francisco García Rodríguez, cuya jefatura depende de la División de Cirugía y esta a su vez de la División Médica; la Clínica de Cuidados Paliativos y Psicooncología se encontraba a cargo de la Mtra. Psic. Leticia Ascencio Huertas, quien fungió como supervisora In Situ de los residentes de medicina Conductual y la Mtra. María Cristina Bravo como supervisora académica.

En la figura 1, se muestra cómo se encuentra estructurado el servicio de oncología dentro de la unidad hospitalaria.

**Figura 1. Organigrama del servicio.**



### Rotaciones durante el primer año de residencia en medicina conductual.

Durante el año de residencia en el servicio de oncología, el residente de medicina conductual, realizó tres rotaciones con una duración de cuatro meses cada una dentro de las clínicas que pertenecen al servicio a excepción de la clínica de radioterapia debido a que no se ha solicitado la presencia de un psicólogo.

En la tabla 1, se muestra el esquema de rotaciones que se realizaron durante el año de residencia en el servicio.

**Tabla 1. Rotaciones en las clínicas del servicio durante el primer año.**

Período	Clínica de Tumores Mixtos	Clínica de Mama y Oncología Médica (QT)	Clínica de Ginecooncología y Clínica de Cabeza y Cuello
Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio.	R1a	R1b	R1 c (Primera Rotación)
Julio, Agosto, Septiembre, Octubre	R1c (Segunda Rotación)	R1a	R1b
Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero	R1b	R1c (Tercera Rotación)	Supervisor In situ

### Descripción de las Actividades que se Realizan en el Servicio

#### I. Actividades en el área clínica:

##### *1.-Pase de Visita*

Esta actividad se realiza en el área de hospitalización con el jefe de servicio, médicos adscritos y residentes, donde se presentan cada uno de los casos de los pacientes que se encuentran en internamiento, con el objetivo de determinar el estado de salud, referir la etapa clínica de enfermedad, etapa de tratamiento así como establecer procedimientos de diagnóstico histopatológico y planes de tratamiento mediante la discusión entre los especialistas del servicio. Durante el pase de visita, el residente en medicina conductual monitorea el estado anímico mediante la apariencia y actitud general, días de internamiento y necesidades que puedan presentarse de forma inmediata y se identifica el estatus médico de los pacientes que le competen de acuerdo los servicios en los que se encuentre rotando para posteriormente llevar a cabo la atención psicológica.

## *2.-Consulta Externa*

Después del pase de visita se realiza la consulta externa en cada una de las clínicas con las que cuenta el servicio, se realiza la detección de necesidades psicológicas que presenten los pacientes y/o los familiares de quienes asisten a la consulta y se brinda apoyo psicológico basado en técnicas cognitivo conductuales, entre las técnicas que usualmente se emplean son: la intervención en crisis, psicoeducación, validación emocional, contención emocional, reestructuración cognitiva, solución de problemas, técnicas de relajación, entre otras.

## *3.-Atención a pacientes hospitalizados*

Posteriormente se realiza la atención a pacientes hospitalizados, se realiza una entrevista inicial cuando el paciente es atendido por primera vez, con el objetivo de recabar datos sociodemográficos y detectar estado emocional del paciente, consciencia de enfermedad, si existen adecuadas redes de apoyo, y se realiza una valoración o examen mental, se establecen objetivos para realizar intervenciones psicológicas basadas en técnicas cognitivo conductuales si el paciente así lo requiere y se procede a realizar la intervención psicológica. Así mismo se realiza un seguimiento en los días posteriores con los pacientes vistos por primera vez para monitorear el estado emocional y continuar atendiendo sus necesidades de atención psicológica.

## *4.-Registro de atención en el expediente clínico y de productividad.*

Se redactan notas en el expediente de cada uno de los pacientes atendidos durante el día empleando el formato SOAP, que comprende el aspecto subjetivo (S) o datos relevantes que refiere el paciente, el aspecto objetivo (O) o examen mental donde se valoran las siguientes funciones: impresión y actitud general, edad cronológica aparente, constitución, cooperación ante la entrevista, estado de orientación en las tres esferas, tiempo, espacio y persona, memoria a corto y largo plazo, estados de atención y concentración, si presenta alteraciones motoras o sensoriales, contenido y curso de lenguaje así como proceso de pensamiento, estado afectivo, impresión clínica de inteligencia, juicio y estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente; se establece una impresión diagnóstica (A) y se describe el plan de tratamiento llevado a cabo (P); así como las intervenciones subsecuentes en los días posteriores que son atendidos.

Se realizan reportes diarios de los pacientes atendidos durante el día, estos reportes consisten en un registro de productividad para estadísticas de la unidad hospitalaria, donde se especifica el nombre del paciente, número de expediente, sexo, edad, si fue visto por primera vez o es consulta subsecuente y diagnóstico médico o psicológico y un

registro interno del servicio de Psicooncología y Cuidados Paliativos, donde se señala el nombre del paciente, el número de expediente, si se atendió en consulta externa u hospitalización, edad, sexo, si fue abordado por primera vez o fue una sesión subsecuente, diagnóstico médico, diagnóstico psicológico las técnicas empleadas.

## II. Actividades académicas

### *1.-Clases de Psicooncología*

Las actividades en el servicio inician con la presentación de clases por parte de los residentes y en ocasiones por parte de la supervisora in situ, se abordan temas que competen a la especialidad psicooncológica con el objetivo de señalar y resolver las necesidades de los pacientes mediante un fundamento teórico y ampliar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus implicaciones psicológicas y terapéuticas; todo esto con apoyo audiovisual.

### *2.-Clases de Revisiones Médicas*

Así mismo los residentes de medicina conductual realizan revisiones teóricas y exposición de la información obtenida de fuentes especializadas acerca los factores de riesgo, anatomía y funcionalidad de los órganos y sistemas que pueden verse afectados, métodos de diagnóstico, etapificación clínica de la enfermedad, tipos de tratamiento y pronóstico de la enfermedad oncológica con el objetivo de ampliar el conocimiento acerca de la enfermedad oncológica; todo esto se lleva cabo con apoyo audiovisual.

### *3.-Clases de Oncología Médica*

Dos días a la semana se asiste a clases de oncología con los residentes médicos del servicio, las cuales son impartidas por el jefe del servicio y médicos adscritos, donde se realiza el abordaje médico de la enfermedad oncológica en sus distintos tipos, incluyendo los factores de riesgo, etiopatogenia, histopatología, curso de la enfermedad y etapificación, sintomatología, pronóstico y tratamiento.

### *4.-Revisión de artículos*

Los residentes de medicina conductual realizan la búsqueda, análisis y exposición de artículos científicos abordando temas relevantes en psicooncología, posteriormente se lleva a cabo un análisis y discusión grupal acerca de la metodología empleada por los autores, su relevancia teórica y las implicaciones del tema tratado en la práctica profesional.

### *5.-Formulación y revisión de casos clínicos*

El residente de medicina conductual elige mensualmente un caso de los pacientes atendidos que representen alguna dificultad para su abordaje o presenten una particularidad o relevancia clínica (por ejemplo: un posible trastorno de personalidad, un trastorno clínico, etc.), se realiza la formulación y presentación del caso donde se aborda el motivo de consulta, historia clínica con antecedentes heredofamiliares, patológicos, no patológicos, dinámica familiar, historia del problema, examen mental, análisis y discusión de las conductas problema, variables psicológicas, variables familiares, tratamientos oncológicos, la problemática actual por la cual fue elegido el caso y la selección y aplicación de tratamiento psicológico, se discuten los posibles diagnósticos y se establecen los cinco ejes comprendidos en el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSMIV, 2003) a partir de la historia clínica referida.

### *6.-Supervisión académica*

En este rubro se realizan revisiones teóricas acerca de las diferentes técnicas de intervención con enfoque cognitivo conductual, así mismo se lleva a cabo revisión de temas de metodología y el diseño y elaboración de una propuesta de protocolo de intervención para desarrollarlo durante el primer año de residencia en la unidad y la elaboración del reporte de experiencia profesional del primer año de residencia.

### III. Actividades adicionales

Se llevan a cabo sesiones generales todos los miércoles con el personal médico del hospital donde se exponen temas acerca del quehacer médico, casos clínicos y diferentes aspectos de innovación en el área médica, eventualmente se ofrecen conferencias y eventos con contenido cultural. En la Tabla 2, se muestra el horario de actividades semanales que realizan en el servicio.

**Tabla 2. Horario de actividades en el servicio.**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00 a 8:00	Clase de oncología médica	Clase de Psicooncología	Clase de revisiones Médicas	Clase de oncología médica	Clase de Psicooncología
8:00 a 9:00	Pase de Visita	Pase de Visita	Revisión de artículos	Pase de Visita	Pase de Visita
9:00 a 10:00	Consulta Externa	Consulta Externa	Pase de visita	Consulta Externa	Consulta Externa
10:00 a 11:00			Sesión Casos Clínicos		
11:00 a 12:00			Atención a pacientes Hospitalizados		
12:00 a 13:00			Sesión General HJM		
13:00 a 14:00	Revisión de artículos	Atención a pacientes Hospitalizados	Atención a pacientes Hospitalizados	Atención a pacientes Hospitalizados	Supervisión académica
14:00 a 15:00	Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios	Reportes diarios

**Estadísticas de los Pacientes Atendidos durante el Año de Rotación  
(Marzo de 2009 a Febrero de 2010)**

El total de pacientes atendidos fue de 291, la edad estuvo comprendida entre los 17 y los 87 años con una media de 48 y una desviación estándar de 15 años; 194 (67%) eran mujeres y 97 (33%) pertenecían al sexo masculino. Se brindaron 291 atenciones de primera vez (59%) y 206 (41%) abordajes subsecuentes, con un total de 497 sesiones de psicoterapia de apoyo. Del total de pacientes, 322 (65%) se atendieron en el área de hospitalización y 175 (35%) en la consulta externa.

En la tabla 3 y 4, se muestra mes con mes, el número de pacientes atendidos por primera vez así como las atenciones subsecuentes y el número de sesiones en consulta externa y en el área de hospitalización. Como puede observarse, existe una mayor proporción de consultas de primera vez (59%) que de forma subsecuente (41%) y en el área de

hospitalización (65%) que en la consulta externa (35%), la mayoría de las sesiones de psicoterapia de apoyo se realizaron en el período de julio a octubre en la clínica de tumores mixtos (42%).

**Tabla 3. Frecuencia y Distribución Porcentual del Número de Pacientes a los que se les brindó atención psicológica.**

Mes	Pacientes Atendidos por primera vez	Pacientes Atendidos de Forma Subsecuente	Total de pacientes atendidos al mes	Clínica
Marzo	24	9	33	Ginecooncología y Cabeza y Cuello N=125 (25%)
Abril	16	5	21	
Mayo	20	19	39	
Junio	23	9	32	
Julio	44	25	69	Tumores Mixtos N=212 (42%)
Agosto	13	20	33	
Septiembre	29	22	51	
Octubre	29	30	59	Tumores mamarios Oncología Médica N=160 (32%)
Noviembre	27	28	55	
Diciembre	13	9	22	
Enero	35	18	53	
Febrero	18	12	30	
<b>Total Anual</b>	<b>291 (59%)</b>	<b>206 (41%)</b>	<b>497 (100%)</b>	

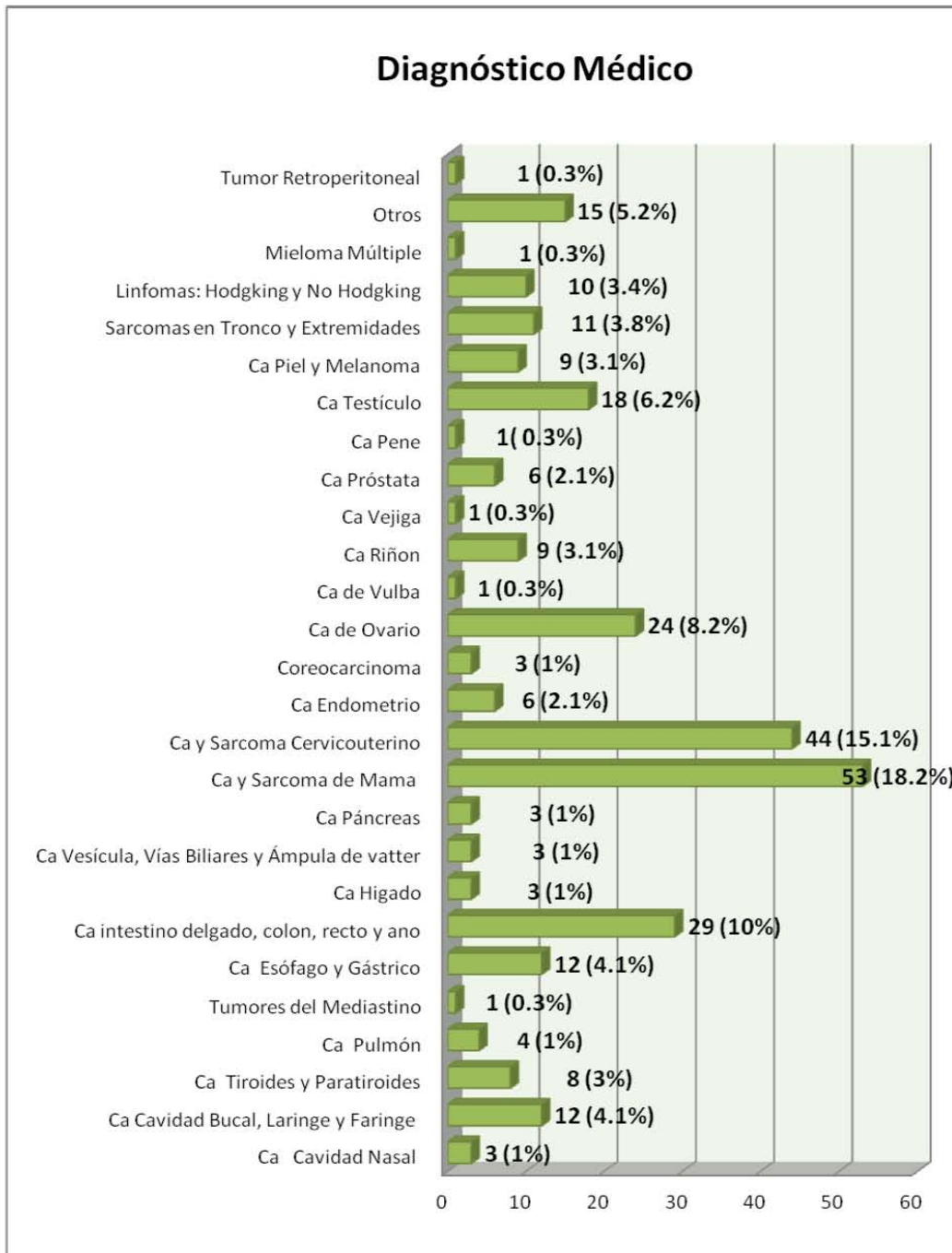
**Tabla 4 .Frecuencia y Distribución Porcentual de sesiones en Hospitalización y Consulta Externa**

<b>Mes</b>	<b>Sesiones de Psicoterapia de Apoyo en Hospitalización</b>	<b>Sesiones de Psicoterapia de Apoyo en Consulta Externa</b>
<b>Marzo</b>	25	8
<b>Abril</b>	12	9
<b>Mayo</b>	21	18
<b>Junio</b>	18	14
<b>Julio</b>	42	27
<b>Agosto</b>	27	6
<b>Septiembre</b>	38	13
<b>Octubre</b>	45	14
<b>Noviembre</b>	29	26
<b>Diciembre</b>	14	8
<b>Enero</b>	29	24
<b>Febrero</b>	22	8
<b>Total Anual</b>	<b>322 (65%)</b>	<b>175 (35%)</b>

En la figura 2, se muestra la frecuencia y distribución porcentual del diagnóstico médico de los pacientes que fueron atendidos durante el período de rotación, los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia fueron el de cáncer de mama y sarcomas mamarios (18.3%), cáncer cervicouterino (15.1%) y cáncer de intestinos, colon, recto y ano (10%) y los de menor prevalencia fueron: el mieloma múltiple, cáncer de pene, cáncer de vejiga, cáncer de vulva, tumor retroperitoneal y del mediastino (con .3% en cada uno de los casos).

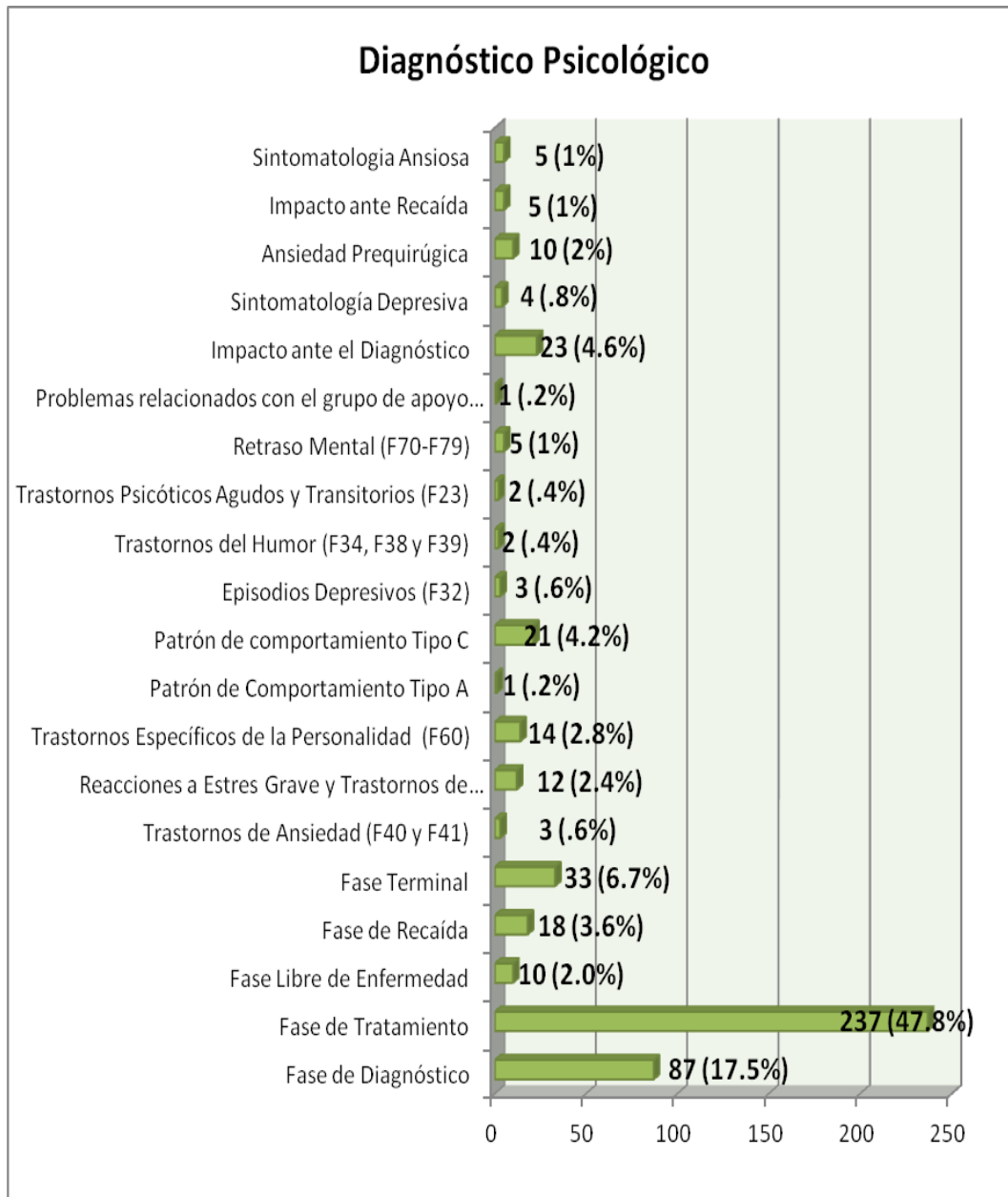


**Figura 2. Frecuencia y Distribución Porcentual del Diagnóstico Médico en los Pacientes que fueron atendidos.**



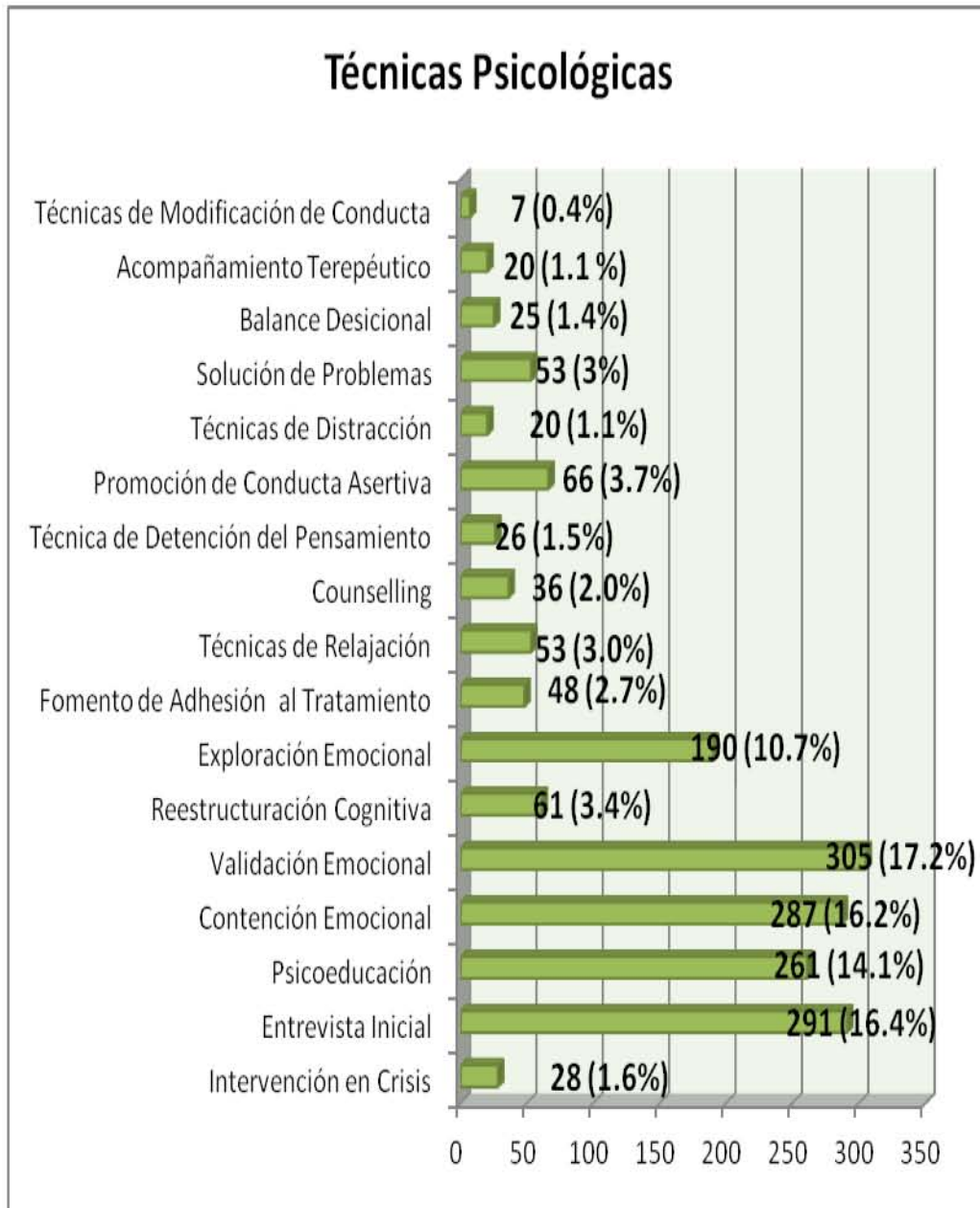
En la figura 3, se pueden observar los diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos, el porcentaje mayor lo representa los pacientes que se encontraban en fase de diagnóstico y tratamiento (17.5% y 47.8 de los casos respectivamente).

**Figura 3. Frecuencia y Distribución Porcentual del Diagnóstico Psicológico en los Pacientes que fueron atendidos.**



En la figura 4, se presenta la frecuencia y distribución porcentual de las técnicas psicológicas que se emplearon en la atención de los pacientes, las técnicas mayormente utilizadas fueron la validación y contención emocional y la psicoeducación (con el 17.2%, 16.2% y 14.1% respectivamente).

**Figura 4. Frecuencia y Distribución Porcentual de las Técnicas Psicológicas Empleadas.**



## **Competencias Desarrolladas Durante el Año de Rotación en el Servicio.**

### **Dentro de las competencias clínicas logré:**

- Mejorar habilidades para realizar entrevista clínica y establecimiento de rapport.
- Desarrollar habilidades para detectar de forma casi inmediata necesidades específicas de los pacientes
- Desarrollar habilidades para adecuar e implementar técnicas cognitivo conductuales de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Perfeccionar mis las habilidades para el uso de técnicas cognitivo conductuales.
- Desarrollar habilidades para implementar estrategias psicoeducativas y cognitivo conductuales adecuadas a pacientes con baja escolaridad.
- Perfeccionar elementos de la relación terapéutica (empatía, reflejo de emociones, escucha activa, retroalimentación, etc.)
- Desarrollar habilidades para llevar a cabo intervenciones en crisis, manejo del dolor y adquirir conocimientos en el manejo del paciente en etapa terminal.
- Desarrollar habilidades para analizar e identificar las variables cognitivas, emocionales y conductuales de los pacientes e identificar las variables ambientales y de personalidad que intervienen en la etiología y mantenimiento de una disfunción psicológica.
- Desarrollar habilidades de análisis y síntesis para la formular casos clínicos.
- Ampliar mis conocimientos acerca del manejo de DSMIV.
- Ampliar mis conocimientos para detectar información clave en la formulación del diagnóstico multiaxial de acuerdo al DSMIV.
- Ampliar mis conocimientos en la aplicación de pruebas psicológicas que anteriormente no conocía.
- Desarrollar habilidades para el abordaje interdisciplinario del paciente oncológico mediante estrategias de colaboración y comunicación con distintos profesionales de la salud.

### **Dentro de las competencias académicas logré:**

- Mejorar mis habilidades en la búsqueda, análisis, síntesis, planeación y organización de información especializada en el área de oncología y la psicología oncológica.
- Aplicar mis conocimientos de metodología y desarrollar habilidades para la elaboración de proyectos de investigación.

- Adquirir conocimientos sobre la construcción y validación de instrumentos de evaluación psicológica.
- Desarrollar habilidades de análisis, planeación, síntesis, organización de información para la elaboración de clases especializadas.
- Ampliar mis conocimientos acerca del enfoque cognitivo-conductual y su aplicación en el área de la salud.
- Adquirir conocimientos específicos acerca de conceptos y terminología médica del área de oncología.

**Dentro de las competencias personales logré:**

- Desarrollar habilidades de comunicación en general.
- Desarrollar habilidades para realizar el trabajo bajo presión.
- Desarrollar habilidades para organizar y optimizar el tiempo para lograr objetivos a corto plazo.
- Desarrollar mayor tolerancia a la frustración
- Tener mayor seguridad.
- Concientizarme acerca de mis propias habilidades para hacer frente a las demandas que implica el encontrarse en un servicio tan complejo como el de oncología.

**Evaluación General Durante el Año de Rotación**

*Evaluación de las actividades clínicas*

Resulta muy enriquecedor tanto a nivel personal como a nivel profesional el tener acceso a una población tan específica como lo es el paciente oncológico, ya que permite llevar a la práctica lo que se adquiere mediante la formación académica y así formar parte de una atención interdisciplinaria y centrada en la toma de decisiones en la atención del paciente acorde a sus necesidades

*Evaluación de las actividades académicas.*

Las actividades académicas son un elemento clave dentro de la rotación, ya que permiten ampliar el conocimiento en el área psicooncológica y contar con un sustento te

órico que permita realizar abordajes eficientes, la formulación y discusión de casos clínicos permite robustecer el conocimiento en el área clínica, específicamente en lo que se refiere al establecimiento de diagnósticos diferenciales y se resalta la necesidad de obtener información específica para derivarlos y realizar propuestas de intervención que permitan alcanzar objetivos de rehabilitación; asimismo la revisión de artículos científicos

permite obtener información con base empírica y metodológica para así innovar el conocimiento que se va adquiriendo.

#### *Evaluación de la supervisión recibida.*

La supervisión que se brinda en el servicio por parte de la psicóloga adscrita es estrecha y pertinente lo que permite desarrollar las habilidades necesarias para enfrentar lo que el servicio demande. La supervisión académica permite ampliar y reforzar el conocimiento y la información que se va adquiriendo a lo largo de la rotación. Sin embargo a veces resulta importante puntualizar y clarificar el desarrollo de las técnicas cognitivo conductuales y en ocasiones realizar ensayos conductuales con retroalimentación para que la atención que se brinda y el conocimiento y habilidades adquiridas sean las más pertinentes.

#### *Evaluación general del servicio de oncología*

Las actividades desempeñadas durante la rotación, se encuentran acorde al programa operativo, ya que permiten coadyuvar en la atención interdisciplinaria del paciente oncológico identificando sus necesidades de atención psicológica durante el seguimiento de la consulta externa y en el área de hospitalización.

En general el servicio posee una adecuada organización y el trabajo entre médicos residentes adscritos y psicólogos es coordinado y efectuado de manera conjunta, ya que el personal médico y de enfermería se encuentra consciente y sensibilizado ante las necesidades de atención psicológica que el paciente pueda requerir y considera indispensable la presencia del psicólogo en el servicio, el trato entre todo el personal médico y de enfermería y las residentes de psicología en general es amable, cordial y respetuoso. Sin embargo, en ocasiones debido a la demanda tan amplia que posee el servicio los médicos pueden llegar a descuidar las necesidades de información y empatía que el paciente en ocasiones requiere, por lo tanto es indispensable monitorearlo durante la consulta y la estancia hospitalaria para poder abordarlo y brindarle el apoyo que requiera.

Para cubrir estos objetivos el estar presente durante la consulta médica y el tener acceso al área de internamiento resulta muy adecuado, ya que las intervenciones pueden ser realizadas en momentos muy propicios, sin embargo la falta de un espacio físico para efectuar el trabajo en ocasiones impide que la atención sea de manera privada y propicie un ambiente confortable al paciente y obstaculiza en parte la posibilidad de llevar a cabo intervenciones estructuradas con un enfoque de psicoterapia breve y sistematizadas para la investigación.

A pesar de las pocas limitaciones que pueda presentar el servicio, este representa un escenario muy adecuado para el desarrollo profesional de los residentes de medicina conductual, ya que dentro de su estructura se combinan de manera óptima las actividades académicas y las actividades clínico-prácticas con una adecuada supervisión, lo cual permite la adquisición de habilidades necesarias para una adecuada formación profesional.

# INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL A CONSECUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS DE CANCER DE MAMA: ESTUDIO DE CASO

## Resumen

Las alteraciones en la imagen corporal son frecuentes en las pacientes que han sido sometidas a una mastectomía, estas alteraciones pueden agudizarse si existen un tratamiento adyuvante como la quimioterapia, ya que genera efectos secundarios visibles en la apariencia física. En el presente artículo se expone el caso de una paciente sometida a mastectomía que se encontraba en tratamiento de quimioterapia adyuvante y presentaba alteraciones en el estado de ánimo (síntomatología ansiosa y depresiva) y conductas evitativas a consecuencia de la insatisfacción con su imagen corporal debido a los tratamientos oncológicos. Los objetivos del tratamiento psicológico estuvieron encaminados a fomentar la aceptación de los cambios en su imagen corporal, reducir las conductas evitativas y mejorar estado anímico. Se llevó a cabo una entrevista inicial y una evaluación previa a la intervención psicológica, posteriormente, se brindó abordaje psicoterapéutico en la modalidad de psicoterapia breve, la cual consistió en 6 sesiones semanales de dos horas en promedio, en la quinta sesión la paciente refiere cambios en cuanto a la problemática descrita manifestando una mejoría en el estado anímico, por lo que se realiza el término de la intervención psicológica de manera exitosa y se realiza una evaluación con las pruebas aplicadas previamente en las cuales también se ve reflejada la eficacia de la intervención.

**Palabras clave:** *cáncer de mama, imagen corporal, conductas de evitación, intervención cognitivo conductual.*

El cáncer se ha establecido como la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, más del 20% de las muertes en los países desarrollados se atribuyen a esta causa y cerca de la mitad de estas muertes, son debidas al cáncer de pulmón, mama y tracto digestivo. (Amigo, Fernández y Pérez, 2004).

Los tratamientos que se han destacado por su efectividad en el ámbito oncológico son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, estos pueden producir efectos permanentes o transitorios en la apariencia física, como la, pérdida del cabello, pérdida de peso y alteraciones en la apariencia de la piel; los cambios permanentes pueden variar desde una cicatriz pequeña hasta la pérdida de un miembro o de la función sexual., de esta forma, el constructo de imagen corporal cobra importancia dentro del ámbito oncológico, ya que se concibe como un aspecto significativo de la calidad de vida relacionada a la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 2004; Bahn, Baker, De Frank, Stein, 2007).



Según Raich (2000), la imagen corporal incluye las percepciones de cada una de las partes del cuerpo y de todas en conjunto, del movimiento y los límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que se llevan a cabo y se experimentan emocionalmente y la conducta resultante de estas valoraciones; el tener una buena o mala imagen corporal influirá en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y en cómo nos responden los demás, ésta no es fija ya que puede diferenciarse a lo largo de la vida.

El cáncer de mama tiene una alta prevalencia en los países industrializados ya que afecta a 1 de cada 9 mujeres, este tipo de neoplasia, tiene implicaciones psicológicas importantes en las pacientes que lo padecen, debido a que las mamas se encuentran íntimamente relacionadas a la feminidad, autoestima y atractivo sexual (Holland y Rowland, 1989).

Muchas mujeres con cáncer de mama experimentan estrés psicológico como resultado directo o indirecto del diagnóstico o tratamiento, ya que representa una amenaza para la vida, genera experiencias de dolor y además físicamente deben lidiar con opciones de tratamiento difíciles como la quimioterapia la radioterapia y la cirugía y van a influenciar varias áreas del funcionamiento psicosocial incluyendo su identidad, afecto, estima, sexualidad, e imagen corporal (Corso, Helms y O'Hea, 2008, Bahn, Baker, De Frank, Stein, 2007).

La mastectomía y la cirugía conservadora, son los dos principales tratamientos para el cáncer de mama, se ha reportado en la literatura que las pacientes que son sometidas a una mastectomía muestran puntuaciones menores en calidad de vida, imagen corporal, funcionamiento social, emocional y físico, actividad sexual y financiera (Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer, Hölzel, 2004). La mastectomía en mujeres que han padecido cáncer de mama se relaciona con alteraciones psicológicas como la pérdida en el interés sexual, y problemas asociados a la imagen corporal, el más significativo es la insatisfacción con la apariencia física (Avis, Crawford y Manuel, 2004).

En una muestra de 546 participantes, compuesta de mujeres blancas, asiáticas, afroamericanas y latinas de entre 20 y 50 años se encontró que el 50% de la muestra presentó problemas asociados a la imagen corporal, el 10% de la muestra reportó sentirse avergonzada de su cuerpo, el mismo porcentaje de la muestra refirió sentirse preocupada por verse menos atractiva sexualmente y el 7% manifestó a sentirse menos atractiva sexualmente la mayor parte del tiempo, los problemas más graves asociados a la imagen

corporal, se encuentran relacionados al tipo de cirugía (es más frecuente en las pacientes con mastectomía sin reconstrucción), la alopecia originada por la quimioterapia, tener una autoestima baja, una pobre salud mental, (Banks, Bloom, Chang, DÓnofrio, Fobair, y Stewart, 2006).

Se ha reportado que las mujeres latinas con cáncer de mama son optimistas acerca de su salud, ya que utilizan prácticas culturales y religiosas en su recuperación Sin embargo también se encuentran presentes sentimientos de tristeza, vergüenza, frustración debido a los cambios que el cáncer de mama genera en su cuerpo, una de las emociones más comunes es la frustración por no sentirse completas debido a que considera que el pecho es una parte importante del cuerpo de una mujer y su remoción constituye la pérdida de una miembro importante, así mismo se ha reportado que las mujeres consideran como una gran dificultad el mirarse ellas mismas al espejo (Ashing-Giwa, Bohórquez, Garcia, Padilla, Tejero y 2006).

Como se ha descrito anteriormente, los tratamientos empleados contra el cáncer de mama tienen un impacto negativo en el afecto y la imagen corporal de las pacientes que son sometidos a estos. Por otro lado, se han evaluado intervenciones psicológicas para mejorar los efectos de los distintos tratamientos en la imagen corporal y los síntomas de ansiedad y depresión de las pacientes; las técnicas de intervención psicológica que han reportado mayor efectividad en este ámbito son las que se encuentran basadas en el enfoque cognitivo conductual, tal y como lo demostró un estudio realizado por Arcusa, Biete, Barthe, Casas, Craven-Bartle, Farru, Gich, Leoín-, Pizarro, Rovirosa, Sierra y Verge, (2007), con 66 pacientes de cáncer de mama asignadas de manera aleatoria a un grupo control (n=32) y a un grupo experimental (n=34) se les entrenó con relajación por imaginación, respiración diafragmática y muscular progresiva, y en donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad ( $p= 0.008$ ), depresión ( $p= 0.003$ ) e inconformidad con la imagen corporal ( $p=0.003$ ), mostrando una reducción de estas variables en el grupo experimental.

En otro estudio, a través de un meta-análisis realizado por Montgomery y Tratow, (2005), se indicó que las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual como la relajación, distracción, reestructuración cognitiva, visualización, biofeedback, solución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento autógeno, role playing, la Terapia Racional Emotiva, entre otras, pueden ayudar a las pacientes con cáncer de mama a controlar el estrés generado por distintos aspectos de la enfermedad y el tratamiento, entre ellos el malestar generado por la imagen corporal y sintomatología de dolor.

Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez-Anjara y García, (2008), evaluaron un tratamiento psicológico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual en la triada imagen corporal, autoestima, sexualidad, estado de ánimo y sintomatología ansiosa en 38 pacientes con un período mínimo de tres años libres de enfermedad de cáncer de mama, asignadas aleatoriamente a un grupo control y un grupo experimental, el tratamiento consistió en nueve sesiones, después del tratamiento, se observó una mejoría significativa en estado de ánimo y reducción de síntomas ansiosos, se encontraron diferencias en la mejoría con respecto a la variable de imagen corporal, pero no fueron significativas, por lo que se propuso desarrollar intervenciones centradas únicamente en esta variable.

Por su parte, Sebastián, Manos, Bueno y Mateo, (2007), evaluaron la eficacia de una intervención basada en técnicas cognitivo conductuales encaminadas a mejorar la imagen corporal en pacientes con cáncer, 175 mujeres intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama participaron en un estudio asignadas aleatoriamente a un grupo control y a un grupo experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a una imagen corporal negativa y una autoestima más alta en aquellas mujeres sometidas a la intervención psicológica

## **CASO CLÍNICO**

Se presenta el caso de una mujer de 49 años de edad, casada, de religión católica, dedicada al hogar, con dos hijos un varón de 30 años y una mujer de 27 años, quien fue diagnosticada con cáncer de mama y reporte histopatológico de adenocarcinoma de conductos infiltrante con angio invasión linfática, en etapa clínica IIB (T2 N1 M0). Inicia padecimiento con nódulo en mama izquierda de crecimiento lento y progresivo, es tratada quirúrgicamente con una mastectomía radical y posteriormente tratamiento adyuvante con quimioterapia, seis ciclos a base de ciclofosfamida, epirrubicina y paclitaxel.

### *Motivo de Consulta*

La paciente es referida por el personal de enfermería, quien durante aplicación de cuarto ciclo de quimioterapia se percata de la falta de aseo por parte de la paciente en sitio quirúrgico, a lo cual la paciente reporta sentir angustia y vergüenza al ver y tocar herida quirúrgica y el catéter puerto que tiene administrado, y evita realizar conductas de limpieza, además de sentirse avergonzada de su cuerpo debido a los efectos de la quimioterapia (alopecia), a la pérdida de la mama y a la cicatriz de la cirugía. Es también reportada la presencia de síntomas de ansiedad, caracterizados por sudoración

nerviosismo, pensamientos catastróficos; los cuales se agudizan una noche antes de asistir a la aplicación del tratamiento de quimioterapia. A sí mismo presentaba conductas evitativas ante situaciones sociales, contactos familiares y establecer acercamientos con su pareja.

En el Examen Mental obtenido mediante la valoración clínica se observa una paciente con edad aparente acorde a la cronológica, constitución mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y regulares de aliño, se encuentra alerta, consciente, con tiempos de reacción adecuados, orientada en las tres esferas TEP, muestra adecuada atención y concentración con memorias conservadas, sensoperceptuales sin alteraciones, su lenguaje es coherente fluido y congruente, presenta un juicio lógico, acorde a la situación y presenta una impresión clínica de inteligencia igual al promedio con recursos cognitivos adecuados, pensamiento de tipo abstracto. Presenta buena disposición para el cambio y muestra motivación hacia la terapia psicológica. Sus redes de apoyo social son adecuadas, su esposo representa la principal fuente de apoyo tanto moral como económico, lleva una relación armónica con este y sus dos hijos. En general ella se describe como una persona jovial y alegre hasta antes de que se le diera el diagnóstico y se sometiera a los tratamientos.

## **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

Dentro del proceso de evaluación utilizado para determinar los objetivos de intervención psicológica se realizó una entrevista, el examen mental, el análisis de las conductas problemáticas a través de la formulación del Mapa Clínico de Patogénesis,(Nezu y Nezu, 1989, 2004); la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica: Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Depresión de Beck (IDB), y Cuestionario de Imagen Corporal para Pacientes Oncológicos de Hopwood, Lee, Flecher y Ghazal,(2001); Escala Visual Analógica (EVA) utilizada para valorar insatisfacción por los efectos del tratamiento quirúrgico y la quimioterapia, Autoregistros de pensamientos Automáticos (ver anexo) y listado de situaciones que provocan malestar emocional. En la siguiente tabla, se muestran las características de estos instrumentos.

**Tabla 4. Descripción de los Instrumentos Empleados en la Evaluación**

<b>Instrumentos de Evaluación Psicológica</b>	<b>Características</b>
<b>Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)</b> <b>(Spielberg, y Díaz-Guerrero, 1975)</b> (ver anexo 1)	Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE); cuestionario autoadministrado que evalúa la ansiedad en dos rubros: - Estado (E): Capacidad de organización de la respuesta ante un evento. - Rasgo (R): Modo habitual de adaptación de la persona ante el medio.  Cada subescala, consta de 40 reactivos, cuyas opciones de respuesta son cuatro, las cuales varían de 1 a 4 puntos. Tiene una puntuación mínima de 20 y una puntuación máxima de 80.
<b>Inventario de Depresión de Beck</b> (ver anexo 2)	Cuestionario autoadministrado que consta de 15 preguntas de con cuatro opciones de respuesta, cuya puntuación va del 0 al 3. Utilizado para medir la severidad de una depresión (Estandarizado para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez y Rodríguez, Loperena y Varela (1998).
<b>Escala de Imagen Corporal Para Pacientes Con Cáncer,</b> <b>Hopwood, Fletcher, Lee y Ghazal, (2001).</b> (ver anexo 3)	La cual fue diseñada para aplicarse en cualquier diagnóstico de cáncer y cualquier tipo de tratamiento, presenta una confiabilidad de 0.93 en población inglesa y tiene una puntuación de 0 a 30 puntos, (a mayor puntuación, mayor insatisfacción). Mediante la opinión de cinco expertos, entre ellos una de habla inglesa, se realizó la traducción y adaptación de la redacción de los reactivos y opciones de respuesta para aplicarla en pacientes mexicanos.
<b>EVA de Insatisfacción con Imagen Corporal:</b>	Escala Visual Análoga (EVA), donde se señala un puntaje del 0 al 10 donde 0 es completamente satisfecha y 10 es completamente insatisfecha con su cuerpo debido a la mastectomía y a los efectos de la quimioterapia (alopecia, pérdida de cejas y pestañas).
<b>Formatos de registro conductual</b> (ver anexo 6)	De forma semanal, se debía realizarse un registro de las conductas que le paciente evitaba realizar y que interferían en el autocuidado y malestar emocional (asearse, mirarse al espejo y tener contactos sociales)

#### **ANÁLISIS DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA**

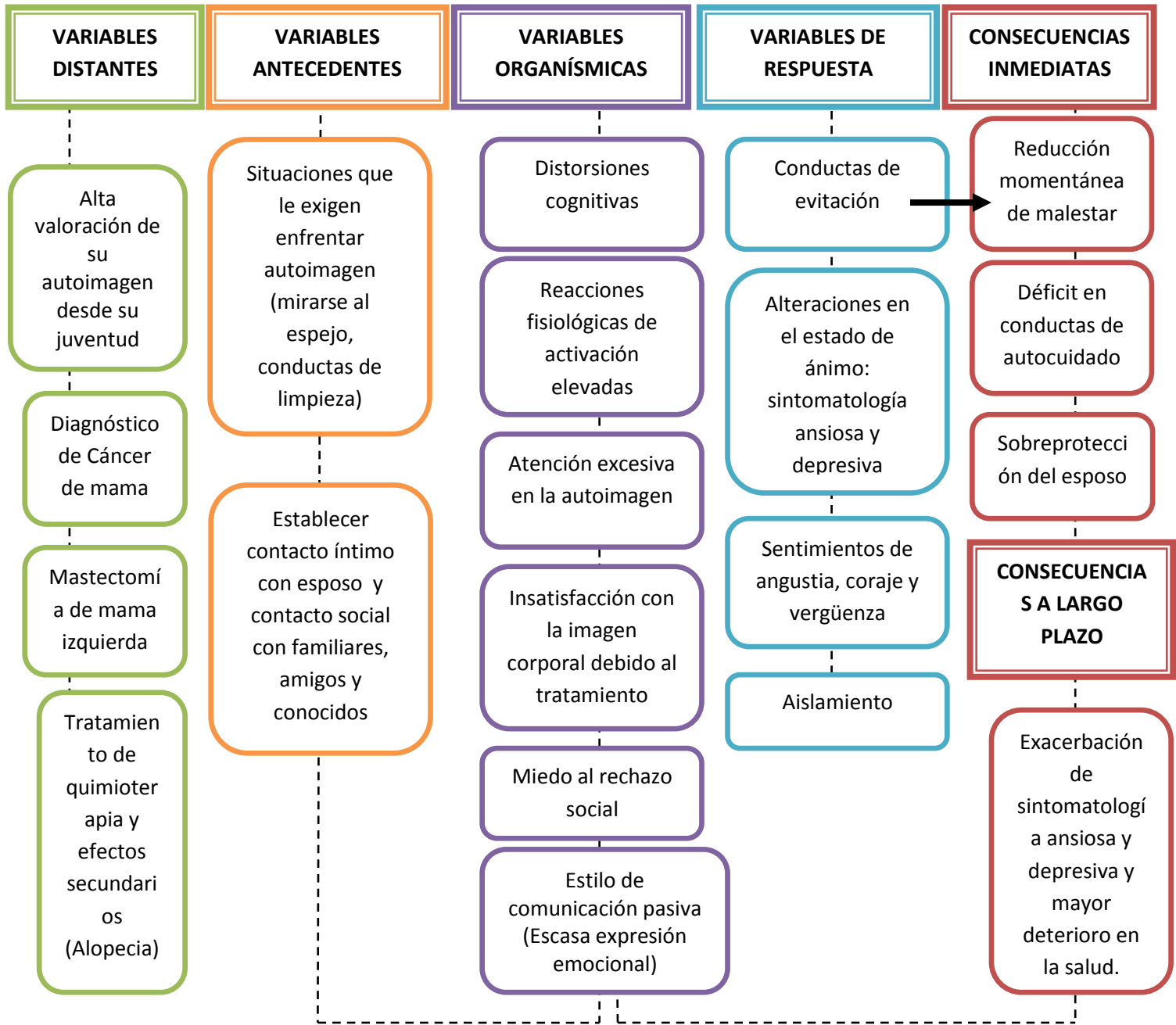
En la siguiente tabla se presenta el análisis de las conductas problema que presentó la paciente en el nivel fisiológico, conductual, cognitivo, emocional y conductual:

**Tabla 5. Conductas Problema**

	<b>Lista de Problemas</b>
<b>Nivel Fisiológico</b>	Dificultad para conciliar el sueño, lo cual se agudizaba una noche antes de asistir a las sesiones de quimioterapia, así mismo manifestaba sentir dolor muscular, dolor de espalda y mantenerse encorvada por miedo a lastimar su herida quirúrgica y a que las demás personas se percataran de su mastectomía, presentaba aumento de la frecuencia cardiaca, dificultad para respirar e hiperhidrosis palmar.
<b>Nivel Conductual</b>	Evitaba ver y tocar la zona de la herida quirúrgica al momento de ducharse, evitaba ponerse humectantes en la piel en esa zona, evitaba mirarse al espejo y evitaba que su pareja la viera desnuda, Evitaba tocar y mirarse el catéter puerto que le fue administrado. Evitaba arreglarse y utilizaba ropa que le permitía cubrir su cuerpo, se mostraba hipervigilante a que alguien pueda percatarse de su mastectomía.
<b>Nivel Cognitivo</b>	Presentaba pensamientos de indefensión ya pensaba que las demás personas la compadecerían: “siento que la gente me tiene lástima” “mi esposo me abraza y me dice cosas bonitas sólo para hacerme sentir bien” ideas catastrofizantes “el cáncer se me va a pasar a la otra y me la van a tener que quitar”. “ el tratamiento no va a funcionar”.
<b>Nivel Emocional</b>	Las emociones presentes en la paciente eran de vergüenza, coraje angustia, miedo ante el futuro, tristeza, debido a su padecimiento y a la insatisfacción con la imagen corporal.
<b>Nivel Interpersonal</b>	Se aislaba y permanecía en su habitación y convivía de forma limitada con su esposo y sus hijos. Así mismo evitaba las situaciones de tipo social cuando algún familiar o amigo iba a visitarla para ver su estado de salud, se escondía en alguna parte de su casa, o salía de su casa hasta que la gente que la visitara abandonara su domicilio.

En la figura 5, se muestra la formulación del caso de acuerdo al modelo propuesto por Nezu y Nezu, (1989, 2004), el cual constituye una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades del paciente y especifica las relaciones funcionales entre ellas.

Figura 5. Mapa Clínico de Patogénesis

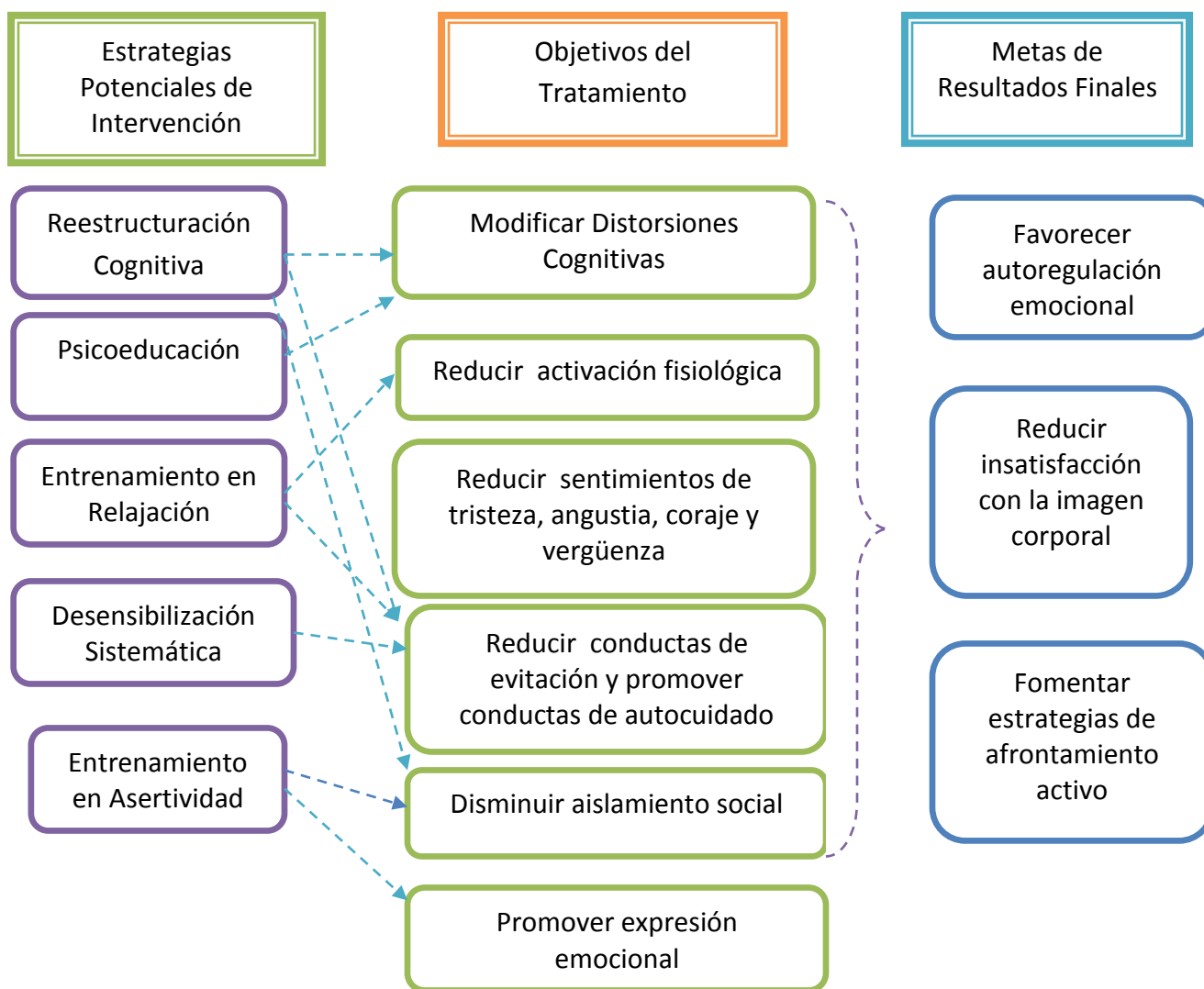


**PLAN DE INTERVENCIÓN**

Posterior al análisis de la evaluación psicológica se procedió al establecimiento de objetivos terapéuticos para que la paciente lograra: 1) Reducir la insatisfacción con la

imagen corporal, 2) Modificar distorsiones cognitivas, 2) Reducir sintomatología ansiosa y depresiva y favorecer autoregulación emocional, 3) Reducir conductas de evitación y fomentar estrategias de afrontamiento activas y expresión de emociones y 4) Disminuir el aislamiento social. En la siguiente figura se muestra la representación gráfica de la lista de metas o resultados instrumentales pertinentes y las metas de resultados finales u objetivos del tratamiento, así como las estrategias potenciales de intervención que permitieron lograr los objetivos del tratamiento (Nezu y Nezu, 1989, 2004).

**Figura 6. Mapa Clínico de Alcance de metas**



El plan de intervención psicológica, se estableció con la modalidad de psicoterapia breve, la cual consistió en 6 sesiones programadas semanalmente con una duración de 2 horas



en promedio, basada en técnicas cognitivo conductuales; el escenario de la intervención fue en el cubículo de psicooncología y en la sala de quimioterapia (ver tabla 6).

**Tabla 6. Intervención Psicológica.**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas Cognitivas Conductuales</b>	<b>Actividades</b>
<b>Sesión 1</b>	Establecimiento de rapport Indagar en la problemática y antecedentes		Entrevista y Evaluación Psicológica
<b>Sesión 2</b>	Familiarizar a la paciente con el enfoque psicoterapéutico. Identificar la existencia de pensamientos automáticos. Identificar la técnica de relajación mediante respiración diafragmática.	Reestructuración Cognitiva  Respiración Diafragmática  Modelamiento	Descripción y ejemplificación del modelo cognitivo conductual. (Relación entre pensamientos, emoción, conducta, respuesta fisiológica y situación). Descripción de pensamientos automáticos y ejemplificación, mediante un ejercicio de reestructuración cognitiva. Descripción de las bases fisiológicas de la relajación y su relación con el modelo cognitivo-conductual. Modelamiento de la técnica de relajación mediante respiración diafragmática Tareas de autoregistro de pensamientos automáticos, conductas de autocuidado y relajación en casa.
<b>Sesión 3</b>	Fomentar la búsqueda de pensamientos alternativos y modificación de ideas irracionales. Modificación de percepciones erróneas acerca del padecimiento de la paciente Control de síntomas de ansiedad.	Reestructuración Cognitiva Psicoeducación Respiración Diafragmática Automonitoreo de pensamientos y emociones	Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos e ideas irracionales mediante la búsqueda de la evidencia a favor y en contra y cuestionamiento socrático. Ejecución de la técnica de relajación mediante respiración diafragmática con la paciente. Tareas de autoregistro de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva. Tarea de autoregistro de conductas de autocuidado Práctica de la relajación en casa

<p><b>Sesión</b> <b>4</b></p>	<p>Fomentar conductas asertivas Reducir conductas de evitación ante situaciones sociales. Control de síntomas de ansiedad</p>	<p>Asertividad Relajación Autógena</p>	<p>Revisión de tarea Fomento de asertividad (expresión emocional) Relajación autógena Tarea en casa de práctica de relajación autógena mediante instrucciones escritas y practicar expresión emocional en casa. Tarea de autoregistro de conductas de autocuidado Como apoyo se utilizó durante la sesión una pieza de música relajante y se le proporcionó a la paciente un cd con música de este tipo para complementar sus ejercicios de relajación en casa.</p>
<p><b>Sesión</b> <b>5</b></p>	<p>Extinción de respuesta emocional desadaptativa ante situaciones asociadas a la imagen corporal</p>	<p>Desensibilización sistemática Técnica de exposición</p>	<p>Relajación autógena Exposición mediante imaginación guiada de lista de situaciones registradas previamente que generaban malestar emocional en la paciente mediante incompatibilidad de respuesta. Se propone en casa la exposición en vivo con previo estado de relajación. Tarea en casa de práctica de relajación autógena mediante instrucciones escritas y practicar expresión emocional en casa. Tarea de autoregistro de conductas de autocuidado</p>
<p><b>Sesión</b> <b>6</b></p>	<p>Revisión de las metas alcanzadas mediante la intervención</p>	<p>Evaluar los efectos de la intervención psicológica</p>	<p>Revisión de tarea Retroalimentación positiva de los logros referidos por la paciente Post-evaluación.</p>

## RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

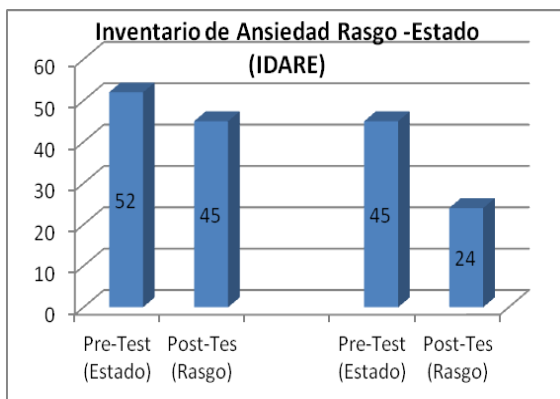
A continuación se presentan los resultados obtenidos en la evaluación previa y la evaluación posterior al tratamiento. Puede observarse una reducción en el malestar emocional que la paciente presentaba ante situaciones en las que tenía que enfrentar las alteraciones que había sufrido en su imagen corporal a consecuencia de los tratamientos oncológicos (Ver tabla 7).

**Tabla 7. Listado y reporte de intensidad de situaciones que generaban malestar emocional a la paciente pre y pos tratamiento psicológico**

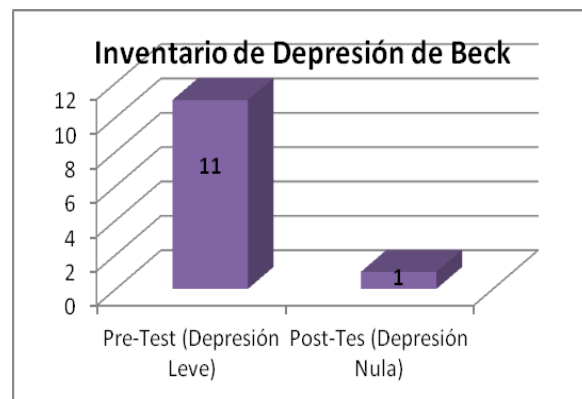
Situaciones	Malestar Emocional Pre- tratamiento (0-100%)	Malestar Emocional Pos-tratamiento (0-100%)
Mirarse al espejo	Tristeza 100%,	Aceptación 100%, Tristeza 20%
Bañarse	Miedo 50%	Miedo 20%
Ver su rostro en el espejo	Coraje 80% Tristeza 80%	Coraje 0% Tristeza 0%
Tocar la cicatriz de la cirugía	Vergüenza 50%	Vergüenza 50%
Ver a otras personas (amigos, conocidos y familiares)	Miedo 80%, Vergüenza 80% Tristeza 80%	Miedo 30%, Vergüenza 30%, Tristeza 30%
Ver el catéter	Coraje, 100% Angustia 100%	Coraje 30% Angustia 30%
Tocar el catéter	Miedo 100%	Miedo 30%

En las figuras 7 y 8, se muestran los puntajes obtenidos en la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) y en el Inventario de Depresión de Beck, en ambos se observa una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva que presentaba la paciente.

**Figura 7. Puntuación de Niveles de Ansiedad (IDARE) (Pre y Post tratamiento).**

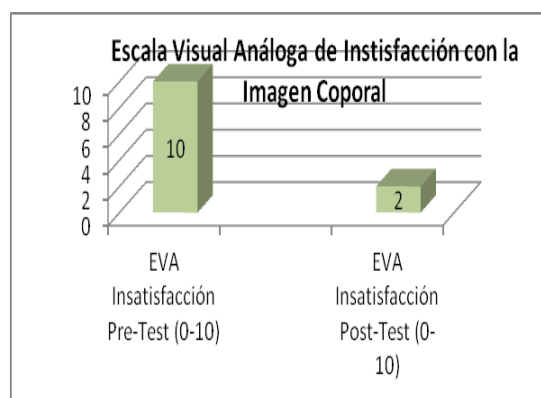
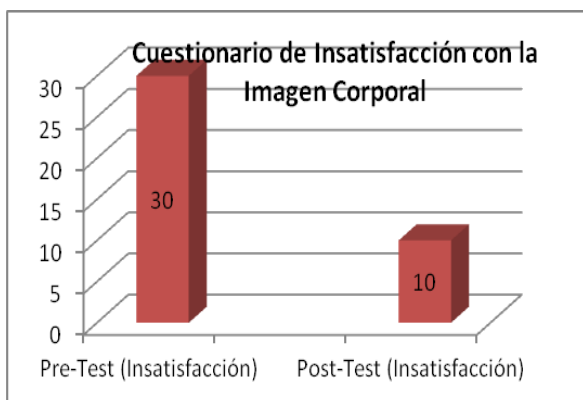


**Figura 8. Puntuación de Niveles de Depresión (BDI) (Pre y Post tratamiento).**



También se observó una reducción en el nivel de insatisfacción con la imagen corporal en la paciente posterior a la intervención psicológica, el nivel de insatisfacción con la imagen corporal se evaluó mediante la Escala de Imagen Corporal para Pacientes con Cáncer (Hopwood, et al, 2001); cuya puntuación máxima es de 30 puntos y su puntuación mínima es de 0; además se empleó una Escala Visual Análoga de Insatisfacción (10 completamente insatisfecha con la imagen corporal y 0 completamente satisfecha con su imagen corporal).

**Figura 9. Insatisfacción con IC (Pre y Post)      Figura 10. EVA de Insatisfacción (Pre y Post)**

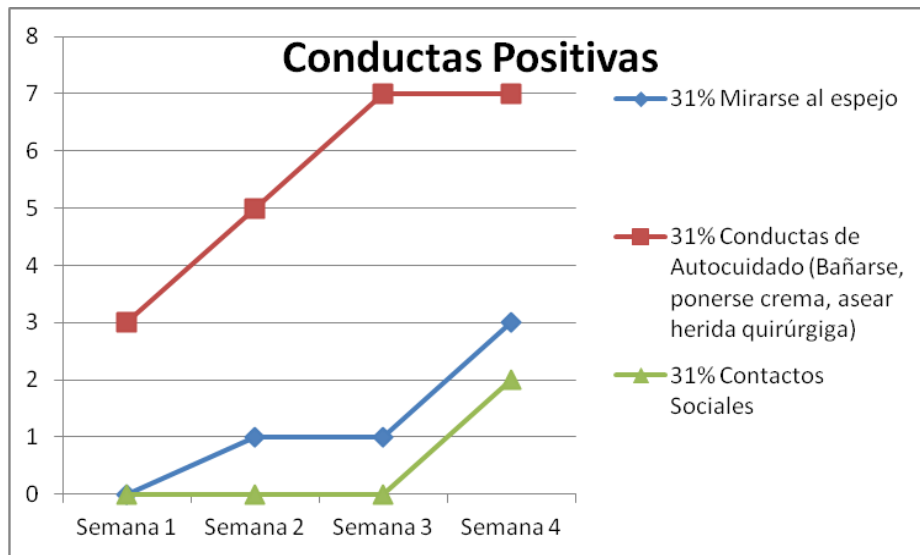


Cómo puede observa en la siguiente tabla 8 y la figura 11, hubo un incremento en la realización de conductas que evitaba la paciente como el asearse, mirarse al espejo y el tener contactos sociales, lo cual tiene una relación con la reducción emocional que presentaba al realizar este tipo de conductas.

**Tabla 8. Frecuencia de Conductas Positivas**

Conducta	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Mirarse al espejo	0	1	1	3
Conductas de Autocuidado (Bañarse, ponerse crema, asear herida quirúrgica)	3	5	7	7
Contactos Sociales (Permanecer y tener una conversación breve al tener visitas en casa, intentar tener pláticas breves con personas fuera de su hogar)	0	0	0	2

**Figura 11. Frecuencia de Conductas Positivas**



## **DISCUSIÓN Y CONCLUSION**

Se cumplen de manera exitosa los objetivos de la intervención psicológica con la paciente, principalmente la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal asociadas a los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, ya que se reporta de acuerdo a la evaluación subjetiva de la paciente a través de la Escala Visual Análoga (EVA) una reducción del 80% en la insatisfacción que experimentaba con respecto a su imagen corporal. A sí mismo, se observó una reducción en las conductas de evitación y fomento o conductas de autocuidado como los lavados en la herida quirúrgica, el untarse crema humectante y el tolerar mirarse la herida en el espejo de cuerpo completo, así mismo se observó una reducción en la intensidad de las emociones negativas asociadas a situaciones problema y una mejor aceptación ante su imagen corporal; sin embargo aún se percibía temerosa ante la posibilidad de tener contacto familiar y social; expresó sentir deseos de de cuidar más su aspecto personal haciendo uso de una peluca y pestañas postizas y refirió una reducción del malestar físico ocasionada por la sintomatología ansiosa que presentaba, se reportó una reducción de dolor en parte de baja de la espalda y la dificultad respiratoria, así como mejoría en la calidad del sueño, como consecuencia de la práctica de las técnicas de relajación autógena y la respiración diafragmática. Aún se encontraba preocupada ante la posibilidad de que los demás pudieran percatarse de la mastectomía que se le practicó, pero ya no se muestra hipervigilante. Refirió encontrarse con un estado anímico positivo y expresó sentirse más relajada y tranquila, se encuentra

conviviendo más con su esposo y sus hijos. (Logros referidos por la paciente: mirarse al espejo y asearse, conciliar el sueño). Cabe señalar que la paciente tenía grandes fortalezas y recursos personales antes de que se le diagnosticara el cáncer de mama, lo que fue un facilitador importante en los resultados obtenidos en esta intervención psicológica.

Como ya se ha mencionado, es frecuente encontrar problemas asociados a la imagen corporal en los pacientes oncológicos como resultado de los tratamientos debido a las secuelas físicas inherentes a su aplicación, sobre todo si previamente la autoimagen es altamente valorada. Al respecto Maguire (1998) ya reportaba que la pérdida de partes corporales puede tener consecuencias psicológicas significativas muy importantes. Estos cambios pueden ser alteraciones en la manera en la que los pacientes, sus familiares, y otros perciben sus cuerpos o cambios en las actividades y roles que pueden desempeñar.

En el caso reportado, se logró abordar eficazmente mediante un tratamiento breve los problemas asociados a la insatisfacción con la imagen corporal, ya que se trató de un tratamiento dirigido y focalizado específicamente a las conductas problema detectadas mediante la formulación del caso, este tratamiento se fundamentó en el enfoque cognitivo conductual, el cual ha mostrado su eficacia en el abordaje de esta problemática, lo cual es consistente con las investigaciones realizadas por distintos autores (Montgomery y Tratow, 2005; Arcusa, Biete, Barthe, Casas, Craven-Bartle, Farru, Gich, León-, Pizarro, Rovirosa, Sierra y Verge, 2007; Sebastián, Manos, Bueno y Mateo, 2007; Narváez, Rubiños, Cortés-Funes, Gómez-Anjara y García, 2008); lo que pone de relieve la necesidad de abordar problemáticas asociadas a estos padecimientos mediante técnicas que cuenten con un soporte empírico acerca de su eficacia.

## DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA PARA MEDIR FUENTES DE ESTRÉS EN PERSONAL DE SALUD.

### Resumen

Los profesionales que se encuentran al cuidado de la salud como médicos, enfermeras y médicos residentes, tienen una alta vulnerabilidad a presentar niveles de estrés elevado, ya que las condiciones que caracterizan la ejecución de esos empleos representan un alto grado de exigencia. Se han realizado diversos estudios que pretenden describir las condiciones asociadas a la profesión que generan estrés, sin embargo en muchos estudios no cuentan con instrumentos de medición breves o válidos y confiables. Por tanto el objetivo de este estudio fue diseñar y validar una escala breve para medir fuentes de estrés que incluyera a todos los grupos de profesionales de la salud: médicos, enfermeras, residentes médicos y médicos internos. Se realizó un piloteo con 33 participantes para obtener información y diseñar el instrumento. El instrumento propuesto y sometido al proceso de validación estuvo constituido por 29 reactivos, para este proceso se solicitó la participación voluntaria de 140 profesionales de la salud (médicos adscritos, residentes, internos y enfermeras). Se realizó el análisis factorial mediante rotación ortogonal de probabilidad máxima. El primer factor resultante corresponde a fuentes de estrés producidas por deficiencias, normas y procedimientos que rigen la institución médica, el segundo factor contempla las fuentes de estrés producidas por las características inherentes al ejercicio de la profesión médica y el tercer y cuarto factor atañe aquellas fuentes de estrés generadas por las relaciones interpersonales dentro de la institución médica. La versión final del instrumento, estuvo constituida de 18 reactivos, obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .89; por lo tanto demuestra ser una fuente de obtención breve, válida y confiable para evaluar estresores en el ámbito hospitalario.

**Palabras clave:** *fuentes de estrés, instrumento de evaluación, validación.*

### Estrés

El término de estrés fue introducido al campo de la salud por el fisiólogo Walter Cannon, pero fue popularizado por Hans Selye, este concepto fue tomado de la ingeniería y se refiere a los cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo para movilizarse ante situaciones de emergencia, en las cuales el medio le exige al organismo agilizar todos sus recursos para afrontar la situación; cumple una función adaptativa; sin embargo si esta respuesta se mantiene durante largos períodos de tiempo acaba siendo dañina para el organismo (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Shoenberg, 2007).

Selye en 1956; postuló que el estrés es manifestado por un síndrome específico el cual denominó síndrome general de adaptación, este síndrome describe el curso del organismo en tres fases (Andrade, Mercado, Reidl, Estrada, 2005; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Shoenberg, 2007):

1. Reacción de alarma, comprende todas las respuestas fisiológicas y comportamentales ante la demanda del medio.
- 2.-Estado de resistencia, que involucra los mecanismos de afrontamiento y adaptación, en la cual el organismo mantiene la sobreactivación necesaria para cubrir la demanda.
- 3.-Estado de agotamiento, desaparece la adaptación de la fase de resistencia ya que no puede mantenerse indefinidamente.

### **Modelo Fisiológico del estrés**

Este modelo se basa en el funcionamiento del sistema nervioso y endocrino. Las descargas del sistema nervioso autónomo preparan al organismo para la respuesta de pelea o huida (fight or flight), mediante el aumento del campo visual, la broncodilatación, el aumento de la frecuencia cardíaca y de la fuerza de constricción del corazón, la vasoconstricción periférica, la derivación de la sangre a masas musculares y otras que permiten una respuesta inmediata ante situaciones de alarma. La reacción del estrés se encuentra mediada por el sistema simpático y se sostiene durante mayor tiempo por acción del sistema endocrino por acción de la hormona adenocorticotrópica (ACTH), cuya secreción produce elevación del nivel de glucocorticosteroides secretados por la corteza adrenal para que exista adecuada cantidad de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y estimulación simpática (Reynoso y Selligson, 2006). El corazón empieza a latir más rápido, debido a la vasoconstricción, la sangre es tomada de las viseras y la piel para ser llevada a los músculos y el cerebro, se inhibe los movimientos peristálticos, los procesos digestivos, se vuelven más lentos, se inhiben los niveles de insulina en la sangre para aumentar los niveles de azúcar en la sangre y dar más energía al cuerpo. También existe una respuesta en el sistema inmune, ya que estas respuestas a largo plazo inhiben su funcionamiento (Shoenberg, 2007).

Sin embargo, los efectos del estrés dependen menos de la naturaleza física del estresor que de los factores psicológicos que le rodean; el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno, el cual es percibido por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Reynoso y Selligson, 2006).



## **Modelo transaccional del estrés**

El modelo de Lazarus y Folkman (1986; Pereyra, 2004) postularon que el estrés se origina en la evaluación cognitiva que hace el sujeto al intermediar las relaciones particulares entre los componentes psicológicos y los derivados del entorno. Este modelo, considera que el estrés es el resultado de una evaluación de pérdida, amenaza o desafío. En el primero el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo los anticipa y en el tercero se mueve ante la posibilidad de perder o ganar.

El estrés por tanto es definido como cualquier demanda o amenaza que desafía seriamente las habilidades adaptativas del individuo, donde la unidad de análisis es una transacción en curso, que es valorada por la persona como que pueda involucrar el daño, amenaza de daño o tener una actitud positiva, optimista y de ansiedad para superar los obstáculos y por tanto esta última valoración es con una perspectiva desafiante (Andrade, Mercado, Reidl, Estrada, 2005),

.

El término de transacción involucra al estrés como la conjunción de la persona con ciertos motivos y creencias en un ambiente cuyas características ponen en situación de daño, amenaza o desafío al individuo dependiendo de sus características personales, las relaciones de estrés por tanto están continuamente cambiando como resultado de un continuo interjuego de la persona con su ambiente. Una vez que la persona valora la transacción como estresante, los procesos de valoración se ponen en juego para manejar la relación problemática del individuo con su ambiente y tales procesos influyen en la subsecuente valoración del individuo y por tanto en el tipo de intensidad de su reacción de estrés (Andrade, Mercado, Reidl, Estrada, 2005).

.

### **Indicadores psicosociales del estrés:**

Una forma de categorizar estos indicadores es distinguir entre: síntomas, pensamientos, conductas y emociones (Payne, 1999):

Síntomas físicos: indicadores fisiológicos como el ritmo cardiaco, presión arterial, niveles hormonales. También se incluyen síntomas frecuentes en la gente estresada como: dolores de cabeza, de espalda, sudoración, náusea, alteración en la función intestinal pérdida de control e hiperventilación.

Pensamientos: en el extremo pueden incluirse pensamientos paranoídes, pero más comúnmente pérdida de memoria, pensamientos ilógicos, irracionales, confusión, lentificación del pensamiento, pensamientos persistentes, minimización de las alternativas de solución disponibles, pensamientos de que se es incapaz de tener influencia en el mundo exterior y desesperanza.

Conductas: las acciones clásicas son la huida, la pelea y la inmovilización, en situaciones de trabajo, esto puede traducirse en conductas agresivas, ausencia en el trabajo o resignación. Otras acciones son el incremento en el uso de drogas, alcohol, tabaco, tranquilizantes y estimulantes.

Emociones: Incluyen varios grados de ansiedad, tensión, preocupación, pánico, miedo, ira, enojo, desesperanza culpa y depresión. Las emociones son probablemente el primer y más poderoso indicador de estrés, ya que se encuentra íntimamente conectado con las evaluaciones cognitivas del ambiente.

### ***Estresores en el ámbito hospitalario***

El Instituto Nacional para la Seguridad Ocupacional y Salud (NIOSH) de EEUU (2008), define el estrés ocupacional como todas aquellas respuestas dañinas tanto físicas como psicológicas que ocurren cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, los recursos y las necesidades del trabajador.

De acuerdo al modelo propuesto por Karasek (1979; Rout, 1998); la presión laboral resulta de una combinación de una baja libertad de decisión laboral (coacción a la hora de tomar decisiones o un menor control de la tarea) y las duras exigencias del trabajo. Este mismo autor clasifica la profesión de la medicina general como una profesión con altas demandas y alta libertad de decisión, lo que significa que las altas demandas del trabajo no se verán como estresantes mientras haya la suficiente autonomía en la toma de decisiones, pero cuando se deprime esa libertad, las altas demandas del trabajo se convierten en algo intolerable.

Sin embargo, en general, los empleos que se encuentran relacionados al cuidado de la salud se encuentran caracterizados por demandas específicas y altos grados de responsabilidad, los errores que se cometan pueden resultar catastróficos tanto para el paciente como para el profesional de la salud. Los médicos y otros profesionales de la salud, por ejemplo suelen pasar la mayor parte de su tiempo en contacto con la muerte y

la enfermedad, por tanto se encuentran trabajando en situaciones difíciles (Vincent, 1999).

De este modo, el estrés ocupacional ha sido comúnmente asociado al cuidado de la salud, ya que muchos estudios indican que los profesionales de la salud muestran altos índices en abuso de sustancias, suicidios, depresión y ansiedad asociada debido a este fenómeno; además del distress psicológico, se han identificado otras consecuencias: burnout, ausentismo, reducción en la satisfacción de los pacientes con respecto servicio médico, errores en el diagnóstico y tratamiento (Firth-Cozenz, 1987, 1993, Caplan, 1994, Kapull, Borril y Stride, 1999 Instituto Nacional para la Seguridad Ocupacional y Salud, NIOSH, 2008).

Una de las más frecuentes fuentes de estrés en la medicina, en particular en los médicos son las largas jornadas y la excesiva carga de trabajo, aunado a esto, reportan la presión para no cometer errores, el tratar con la muerte y las relaciones con médicos más experimentados como fuentes importantes de estrés, así mismo, se ha reportado que la falta de reconocimiento, el exceso de responsabilidad, el efecto del estrés en la vida personal y la falta de apoyo en la toma de decisiones se encuentran asociados con depresión en los profesionales de la salud (Vincent, 1999, Coomber, Todd, Park, Baxter, Firth-Cozenz, Shore, 2002).

Otros autores también han encontrado que la principal fuente de estrés percibido en médicos es la sobrecarga de trabajo, es decir las horas de trabajo por día, otros factores que constituyen una fuente importante de estrés incluyen problemas urgentes, papeleo, el miedo a contraer infecciones, emergencias calificadas como de “vida o muerte”, el elevado número de pacientes que atienden al día y las relaciones con otros médicos (Aziz, 2004). Este mismo autor diseñó una escala para el estudio anteriormente citado, incluyó treinta ítems para evaluar las fuentes de estrés en médicos. El alfa de Cronbach que se obtuvo fue de .90 indicando un alto nivel de consistencia interna de la escala, no se encuentra validada en población mexicana; los factores fueron extraídos a través del método de componentes principales con rotación ortogonal, los factores empíricos que confirmaron la estructura teórica del constructo de la escala fueron nombrados de la siguiente forma: (1) carga de trabajo, (2) ambiente de trabajo, (3) Hospital, (4) naturaleza del trabajo (5) ambiente externo y (6) conflicto de rol.

También se ha reportado niveles de estrés altos en estudiantes y residentes que se encuentran en los primeros años de entrenamiento médico, así como algunos síntomas de depresión, consumo de alcohol y otras drogas; la sobrecarga de trabajo se ha destacado

como el aspecto más estresante dentro de la práctica médica en este grupo (Firth-Cozenz, 1987).

En médicos residentes mexicanos también, se han reportado altos índices de depresión y estrés así mismo se han encontrado mayores índices de consumo de sustancias tanto de alcohol como drogas médicas y no médicas que en población general, es importante resaltar que la muestra estudiada, reportó una salud física deteriorada manifestada en trastornos del sueño, alimentación deficiente y exceso de trabajo, los resultados de este estudio sugieren que los síntomas de depresión y estrés se encuentran relacionados al consumo de alcohol y otras drogas, (Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera, 2005). Resulta importante resaltar que en este estudio el estrés laboral no fue evaluado mediante una escala especializada en el tema, ya que la medición se realizó mediante un cuestionario para madres trabajadoras tomando en cuenta cuatro áreas: área de recompensas inadecuadas, ambiente laboral nocivo y sobrecarga en el trabajo, la cual fue validada para tal estudio.

Por otra parte, otros estudios señalan como fuentes de estrés importantes en esta misma población, la sobrecarga de trabajo, laborar en un ambiente físico degradado, exceso de responsabilidad, falta de incentivos, burocracia organizativa, la competencia grupal, las exigencias de los médicos adscritos y médicos de mayor jerarquía. Cabe señalar que las fuentes de estrés detectadas fueron evaluadas mediante dos preguntas abiertas contenidas en el Inventario de Estrés Cotidiano (IEC) de Brantley, Waggoneer, Jones y Rappaport (1987), adaptado y validado para población mexicana por Nava, Anguiano y Vega, (2004); Arenas, (2006).

En otros profesionales de la salud, como el personal de enfermería se han identificado las siguientes fuentes de estrés sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, falta de apoyo de jefes y supervisores, exposición a enfermedades infecciosas, riesgo de lesiones quirúrgicas, exposición a violencia y amenazas relacionadas al trabajo, privación del sueño, falta de personal, aspectos relacionados al desarrollo laboral y tratar con enfermedades crónicas (NIOSH, 2008).

A su vez, en enfermeras oncológicas mexicanas como principal fuentes de estrés crónico se señalan: la sobrecarga de trabajo, las instalaciones inadecuadas, personal insuficiente y las pocas oportunidades de crecer laboralmente y percibir un salario insuficiente. Para medir las condiciones laborales que podrían influir en el estrés crónico, se adaptó una Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores" de Noriega, Franco, Martínez, (2001), (Gutiérrez y Martínez, 2006).

Un estudio de tipo cualitativo realizado mediante una entrevista estructurada encontró que las principales fuentes de estrés en una muestra española de enfermeras, fueron las siguientes: la sobrecarga laboral, la falta de personal tanto en enfermeras como en auxiliares de enfermería, el contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, relaciones con el resto del personal sanitario como una jerarquía muy marcada entre médico y enfermería, falta de coordinación en las tareas propias de cada componente del equipo de trabajo, aunado a esto, el personal de enfermería piensa que su trabajo no es valorado adecuadamente tanto por el resto del personal como por el propio paciente y no reciben ningún reconocimiento o recompensa por parte de los superiores por la calidad del trabajo desempeñado y por último el ambiente físico parece ser un importante estresor fundamentalmente por problemas relacionados con una temperatura ambiental desagradable, espacio físico insuficiente o mal distribuido, deficiencias estructurales que pueden dar lugar a caídas y golpes (Más, Escribá y Cárdenas, 1999).

La revisión de la literatura señala que los instrumentos disponibles para evaluar fuentes de estrés en profesionales de la salud no incluyen la evaluación de médicos y enfermeras en una misma escala y a pesar de que existen instrumentos validos y confiables, estos son extensos, así mismo existe poca evidencia de instrumentos confiables que permitan evaluarlos en población mexicana. Es así que con base en lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo, construir un instrumento breve, valido y confiable que permita identificar aquellos factores relacionados al estrés en profesionales encargados del cuidado de la salud (médicos adscritos y médicos residentes e internos y enfermeras).

## **Método**

### *Participantes.*

En el piloteo, se solicitó la participación voluntaria de 33 profesionales. Se trabajó con un grupo formado por 9 médicos adscritos (23.7%), 15 médicos residentes (45.5%), 8 enfermeras y 1 enfermero (23.7%), el rango de edad estuvo entre los 21 y 61 años, la media de edad fue de 33.3 años (D.E= 10.1); 18 (54%) pertenecían al sexo masculino y 15 (46%) al sexo femenino. Todos pertenecían a instituciones de segundo y tercer nivel de atención.

Para el proceso de validación, se trabajó con 140 profesionales de la salud que se encontraban laborando en el Hospital Juárez de México, cuyas edades se encontraban entre los 21 y 70 años, con una media de de 32.94 (D. E = 9.1). Del total de la muestra, el 65 (46.4%) eran médicos residentes; 51 (36.4%) enfermeras 16 (11.4%) eran médicos

adscritos y 8 (5.7%) médicos internos. El 55% eran mujeres y el 45% de la muestra estaba constituida por hombres.

### *Instrumentos*

Se utilizó un cuestionario de 6 preguntas abiertas para realizar un análisis de contenido y formular los reactivos del instrumento de evaluación. El instrumento sometido al proceso de validación, estuvo constituido por 29 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert.

### *Procedimiento*

Antes del proceso de validación, se realizó un piloteo con 33 participantes, donde se utilizó un cuestionario de preguntas abiertas formado por seis preguntas, las cuales fueron elaborados para recabar información acerca de los estresores laborales presentes en estos grupos de profesionales. Posteriormente se realizó un análisis de contenido para desarrollar una serie de reactivos que integran el instrumento de evaluación, del cual se obtendrían mediante el presente estudio sus propiedades psicométricas. Se solicitó al personal de salud su participación anónima y voluntaria en el estudio y se entregaron los cuestionarios a aquellos médicos adscritos, residentes, internos y enfermeras que accedieron a responder, se agradeció la participación de cada uno de los profesionales que participaron en el estudio. El instrumento diseñado a partir de este procedimiento estuvo constituido por 29 reactivos con 4 opciones de respuesta, donde los participantes debían especificar: “que tanto contribuían los siguientes aspectos de su profesión para sentirse estresado” en una escala del 1 (nada) al 4 (mucho).

### **Resultados**

1.-Se realizó un análisis de frecuencia de todos los reactivos con el objetivo de depurar la base y verificar la adecuada captura de los datos. Se estableció el sesgo con uno de los reactivos para especificar el tipo de conductas que se daban en la población y saber si estas se distribuían normalmente, por lo tanto la mayoría de los sesgos de los reactivos deberían estar entre  $-0.5$  y  $+0.5$ . Un total de 26 reactivos se distribuyeron normalmente (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 29).

2.- Posteriormente, se realizó la suma total de los reactivos, para establecer los grupos extremos (mayor y menor) de la población, mediante un análisis de frecuencia se identificaron los cuartiles: grupo 1 (25)= 62.0, grupo 2 (75)= 85.0.

3.-Se hizo una nueva variable con los cuartiles extremos y con esta nueva variable, se realizó un análisis mediante la prueba t de student para muestras independientes con el objetivo de examinar la capacidad discriminativa de cada uno de los reactivos. Todos los

reactivos del instrumento mostraron un poder discriminativo y ninguno de ellos fue eliminado ( $p < .01$ ).

4.- Se examinó la direccionalidad de cada uno de los reactivos (para saber si las frecuencias estaban en la dirección adecuada; es decir las sumas de las respuestas del grupo 1, el más bajo, los que presentaban menos estrés debían tener mayor puntaje en la respuesta nunca y disminuir su valor hacia la respuesta mucho, mientras que los del grupo 2 debían tener menor puntaje en la respuesta nunca y aumentar su valor hacia la respuesta mucho esto mediante un análisis crosstabs, los reactivos que mostraron direccionalidad fueron los siguientes: 1, 2, 5, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 20, 22, 25, 27, 29.

5.- Se realizó un análisis de confiabilidad para evaluar la consistencia interna del instrumento con los reactivos que quedaron hasta el paso anterior, se obtuvo un alfa de Cronbach de .932., no se eliminó ninguno de los reactivos, ya que la confiabilidad se mantenía o disminuía si se eliminaba alguno de estos, además la correlación de cada reactivo con el total de la prueba fue adecuada.

6.- Se utilizó un análisis de correlaciones para decidir el tipo de rotación que se emplearía para el análisis factorial, las correlaciones fueron bajas de este modo se realizó el análisis factorial mediante rotación ortogonal de probabilidad máxima.

7.- Se efectuó un análisis factorial, de acuerdo al punto de quiebre de Cattell, se identificaron cuatro factores (aquellos que tenían más de dos reactivos), los reactivos que se encontraron después del cuarto factor o aquellos que se agruparon en más de uno, fueron eliminados. Se obtuvo un KMO de .86, indicando una muestra adecuada. Sólo se eliminaron los reactivos 4, 22, 25 y 26 por cargar en más de un factor, los reactivos 6, 17, 23, 3, 18 y 28 por cargar en el factor 5 y 6 respectivamente., el reactivo 5 no obtuvo carga factorial.

De acuerdo a los cuatro factores, se identificaron tres áreas de incidencia, el primer factor corresponde a fuentes de estrés producidas por deficiencias, normas y procedimientos que rigen la institución médica, el segundo factor contempla las fuentes de estrés producidas por las características inherentes al ejercicio de la profesión médica y el tercer y cuarto factor atañe aquellas fuentes de estrés generadas por las relaciones interpersonales dentro de la institución médica, las cuales se dividen en deterioro de las relaciones y falta de cohesión grupal respectivamente.

8.- Se realizó un análisis de para evaluar la consistencia interna de los 18 reactivos restantes, mediante alfa de Cronbach, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .896 para la versión final del instrumento. La confiabilidad de cada factor fue la siguiente: el

primer factor tuvo un alfa de .853, el segundo factor, .795, el tercero .806 y el cuarto factor de .675 (ver anexo 8).

### **Discusión y Conclusión**

El primer factor contiene teóricamente indicadores de estrés producidos por el ambiente en la institución, cabe señalar que no se contemplaron las fuentes de estrés generadas por el ambiente físico de los hospitales, sino aquellas generadas parte de la institución médica para realizar las actividades laborales producidas debido a los procedimientos, normas o deficiencias que rigen la institución, presentes en hallazgos encontrados previamente en la literatura: papeleo, exceso de responsabilidad, falta de incentivos, burocracia organizativa, las pocas oportunidades de crecer laboralmente y percibir un salario insuficiente, además se considera que en ocasiones el trabajo realizado no es valorado adecuadamente (Aziz, 2004., Arenas, 2006., Gutiérrez y Martínez, 2006., Más, Escribá y Cárdenas, 1999).

El segundo factor, corresponde a las variables inherentes al ejercicio de la profesión médica, los hallazgos encontrados en el presente estudio, concuerdan con los estudios realizados previamente donde se destacan como principales fuentes de estrés dentro de los profesionales de la salud: el alto grado de responsabilidad que representa formar parte del equipo de salud, las largas horas y la excesiva carga de trabajo, la presión para no cometer errores dentro de la práctica, el enfrentarse con enfermedades crónicas, y el trabajar en ambientes caóticos, así como la presión del tiempo (Aziz, 2004., NIOSH, 2008., Vincent, 1999).

El tercer y cuarto factor hacen referencia a las relaciones interpersonales dentro del hospital, el factor 3 hace referencia al deterioro en las relaciones interpersonales dentro del área laboral, mientras el cuarto factor, se interpreta como falta de cohesión grupal entre los miembros del equipo de trabajo, tanto de la literatura nacional como internacional, se han señalado las relaciones con médicos más experimentados, y las relaciones con otros médicos de la misma jerarquía, la competencia grupal, las exigencias de los médicos de mayor jerarquía, en personal de enfermería, falta de apoyo social (especialmente de supervisores, jefas de enfermería y superiores) relaciones con el resto del personal sanitario como una jerarquía muy marcada entre médico y enfermería, falta de coordinación (Aziz, 2004., Arenas, 2006., Más, Escribá y Cárdenas, 1999, NIOSH, 2008).

Se puede concluir que los factores encontrados en el presente estudio presenta un sustento teórico importante, representativo de la población estudiada, de esta forma el



instrumento propuesto en el presente estudio para evaluar fuentes de estrés en profesionales de la salud, posee validez de constructor y presenta una adecuada consistencia interna. Así mismo, es un instrumento breve, y demuestra ser una fuente de obtención válida y confiable para evaluar estresores en el ámbito hospitalario los diferentes grupos que lo conforman (médicos adscritos, residentes, internos y personal de enfermería) (ver anexo 8).

**SEGUNDO AÑO DE  
RESIDENCIA**

**INSTITUTO NACIONAL DE  
PEDIATRÍA**

**CLÍNICA DE ATENCIÓN  
INTEGRAL AL NIÑO  
MALTRATADO**

## SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

### **Características de la sede**

#### *Instituto Nacional de Pediatría*

El Instituto Nacional de Pediatría se fundó el 6 de noviembre de 1970, bajo el nombre del Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), nació bajo el compromiso de brindar atención pediátrica especializada, realizar investigación científica en distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos. El 18 de abril de 1983, se publicó en el diario oficial de la federación el decreto presidencial, mediante el cual se creaba el Instituto Nacional de Pediatría, considerando su calidad de atención, docente y de investigación, se formó como un organismo público descentralizado, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud con asignación de personalidad jurídica, patrimonio e infraestructura propias.

Se encuentra ubicado en Insurgentes Sur # 3700, Col Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, México, D.F., CP 04530.

Es una institución de tercer nivel de atención, cuyas principales actividades se encuentran la atención especializada a población infantil, la formación de profesionales médicos en el área de la pediatría y la investigación.

### **Características de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM).**

En el año de 1997, se fundó oficialmente la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado CAINM–IPN, bajo la dirección del Dr. Arturo Loredó Abdalá, la cual surge ante la necesidad de dar respuesta al incremento de las necesidades de atención integral en los casos de maltrato infantil y cuyo objetivo es llevar a cabo un abordaje de fenómeno de maltrato infantil desde una perspectiva asistencial, docente y de investigación.

La Clínica se encuentra integrada por personal médico: 3 pediatras adscritos especialistas en el tema y los residentes médicos que cursan la especialidad, y el grupo de personal paramédico lo integran: 1 trabajadora social, 1 enfermera, 1 nutrióloga, 2 psicólogas adscritas, los residentes de medicina conductual, un abogado perteneciente a la institución, todos con el objetivo de implementar un abordaje integral en el diagnóstico y tratamiento de la víctima y la familia cuando se estima un alto riesgo o se establece un diagnóstico de maltrato infantil. La supervisión in situ se encuentra a cargo del Dr. Arturo Loredó Abdalá. A continuación se presentan los objetivos de las principales actividades que se brindan en la clínica

### *Objetivos de la Actividad Asistencial*

La acción básica de todos los integrantes de la clínica está orientada a que la víctima recupere su salud física y mental; atender a la familia desde una perspectiva social y psicológica para disminuir el daño, precisar redes de apoyo para evitar que la víctima sea enviada a un hogar sustituto; desarrollar estrategias de atención terciaria y secundaria entre otras.

### *Objetivos de la Actividad Docente*

El personal de CAINM, prepara académicamente a los profesionales médicos y paramédicos para que adquieran la capacidad y habilidad de sospechar, diagnosticar, atender y vigilar a los niños que han sufrido alguna forma de maltrato.

### *Objetivo de las Actividades en Investigación*

Implementar y desarrollar diversos programas de investigación, cuyos resultados deberán ser implementados preferentemente en el sitio de estudio.

## **Descripción de las Actividades que se Realizan en el Servicio**

### I. Actividades en el área clínica:

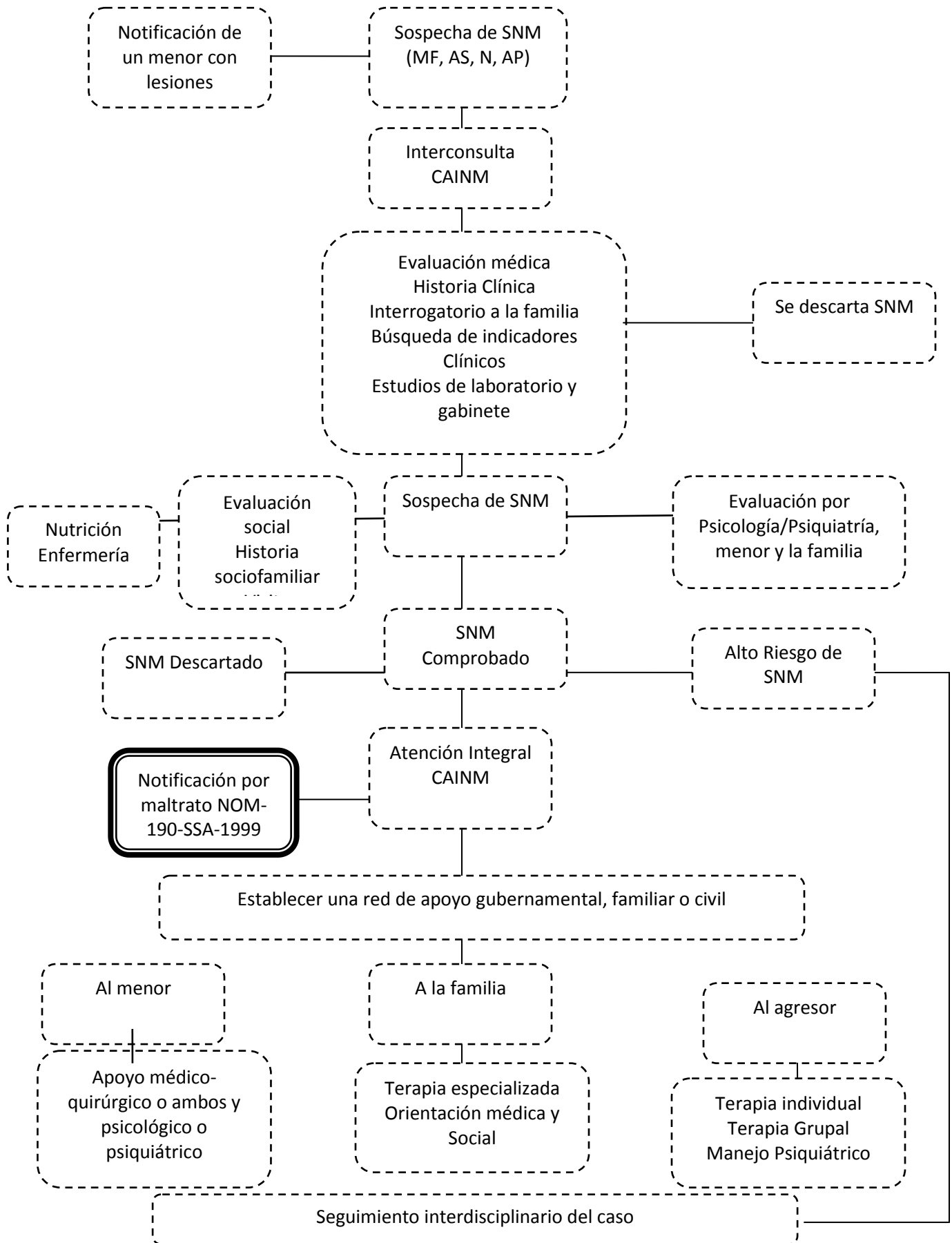
*1.-Pase de Visita* Esta actividad se realiza en el área de hospitalización con el médico adscrito que se encuentre a cargo del caso que se esté abordando en la clínica y se encuentre en el área de hospitalización, la frecuencia con la que esto ocurre es escasa.

### *2.-Interconsulta y entrevista multidisciplinaria*

Los demás servicios que componen el instituto, extienden interconsultas a la clínica, cuando existe la sospecha de que alguno de los pacientes que atienden está siendo víctima de maltrato, ya sea por la existencia de heridas y golpes donde el mecanismo de lesión es poco claro, o cuando se observa que el paciente no está recibiendo los cuidados adecuados por parte de sus padres o cuidadores. En estos casos, se llevan a cabo entrevistas con los padres o cuidadores durante el internamiento de la posible víctima, por parte de los integrantes de la clínica: un médico adscrito, un residente, la enfermera, la nutrióloga, una psicóloga, la cual puede ser adscrita o el residente de medicina conductual, de acuerdo a un rol establecido. Posteriormente y cuando es posible, se lleva a cabo una entrevista y evaluación psicológica, tanto con el posible agresor como con la víctima, para determinar si existen o no factores de riesgo para maltrato o establecer el diagnóstico en cualquiera de sus variantes. *Modelo de Atención Integral de la Víctima*. El modelo de la Clínica de Atención Integral al niño Maltratado, posee una estrategia de atención interdisciplinaria en el cual se emplea el siguiente algoritmo de atención:

**Figura 12. Algoritmo de Atención Integral al Niño Maltratado**

Loredo, A.A., Trejo, H.J., García, P.C., López, N.E., Perea, A., Casimiro V.A., Melquiadez, I. y Martín,



### *3.-Consulta Externa*

Se llevan a cabo las entrevistas y evaluaciones psicológicas pertinentes para contribuir a establecer un diagnóstico de maltrato infantil o a descartarlo, así mismo, se establecen y se llevan a cabo intervenciones psicológicas de acuerdo a las necesidades de atención en la víctima o el probable agresor o cuidador, las cuales son detectadas en la evaluación. También se lleva a cabo el seguimiento de los pacientes que eran atendidos por los residentes que anteriormente rotaban en la clínica.

### *4.-Consulta Externa con el médico adscrito.*

El residente de medicina conductual, ingresa a la consulta externa con los médicos adscritos para acompañar en el seguimiento de los casos de maltrato infantil y detectar aquellos casos que no estén llevando una atención psicológica o en caso de que la hayan llevado anteriormente y puedan requerirla de nuevo, de ser así se agenda una cita para realizar una evaluación psicológica e iniciar un tratamiento. Se realizan notas clínicas con formato SOAP, en el expediente electrónico del paciente y se llevan a cabo registros internos de productividad del área de psicología de los pacientes que son atendidos.

### *5.-Sesiones Interdisciplinarias*

En las cuales se presentan los casos clínicos que se estén atendiendo en la clínica, con el objetivo de establecer un diagnóstico, esto se lleva a cabo con todos los integrantes de la clínica y los médicos de los servicios que han referido al paciente por sospecha de maltrato. Cada una de las áreas: médicos, enfermera, trabajadora social, psicólogas (adscritas o el residente de medicina conductual), nutrióloga, llevan a cabo la presentación de los resultados de las evaluaciones que han realizado y los planes de intervención que se están llevando a cabo como tratamiento, tanto a los familiares como a la víctima.

## II. Actividades académicas

### *1.-Clases de Psicología*

El residente de medicina conductual realiza una búsqueda y análisis de información especializada para diseñar clases con temáticas referentes al tema de aspectos psicológicos del maltrato infantil, las cuales son impartidas mediante una presentación en power point a todos los integrantes de la clínica.

## 2.-Clases Médicas

El residente de medicina conductual toma clases acerca de aspectos médicos del fenómeno de maltrato infantil, junto con los demás integrantes de la clínica, las clases son impartidas por el residente médico que se encuentre realizando la especialización en el servicio.

## 3.-Presentación de artículos especializados

El residente de medicina conductual, realiza búsquedas en bases de datos especializadas artículos sobre el tema de maltrato infantil, posteriormente diseña una presentación en power point para presentar el artículo que haya elegido en una sesión bibliográfica, de acuerdo a un rol, en el cual participan todos los integrantes de la clínica.

## 4.-Sesiones Anatomoclínicas

El médico residente que se encuentra realizando la subespecialidad, presenta un caso con una descripción anatomoclínica a todos los integrantes de la clínica, en el cual se realizan preguntas acerca del diagnóstico y métodos de diagnóstico.

## 5.-Clase a los pediatras rotantes

El residente de medicina conductual imparte una clase sobre aspectos psicológicos del maltrato infantil una vez al mes a los médicos residentes que rotan por la clínica durante el período de un mes.

## 6.-Clases de Metodología

El residente de medicina conductual, asiste a clases de metodología una vez por semana con todos los médicos residentes que se encuentran realizando la especialidad en el instituto.

## II. Actividades de Investigación

### 1.-Protocolo de Investigación

El residente de medicina conductual, desarrolla un protocolo de investigación, el cual presenta a los integrantes de la clínica con el objetivo de realizar ajustes y poder llevarlo a cabo (ver anexo 18).

### III Actividades Adicionales

Durante el año de rotación en el servicio, se llevaron a cabo platicas psicoeducativas con los padres de familia acerca del maltrato infantil y sus consecuencias. Así mismo, se llevó a cabo la participación en el V Congreso anual de Maltrato Infantil como ponente el Simposio: Estrategias de Prevención en el Maltrato Infantil, con el tema Establecimiento de Límites y Estrategias de Crianza y en el Simposio Transmisión Intergeneracional del Maltrato Infantil, con el tema Explicaciones Teóricas desde el enfoque psicológico. Se tuvo participación en el XII Congreso Anual de Enfermería con el tema: Impacto Psicológico del Maltrato Infantil y participación en el Diplomado teórico práctico de Maltrato Infantil en personal del DIF con los temas: Intervención Cognitivo Conductual en el Abuso Sexual Infantil e Intervención Cognitivo Conductual en el Abuso por Negligencia.

En la tabla 9, se muestra el horario de actividades en el servicio

**Tabla 9. Horario de actividades en la clínica.**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>8:00</b> <b>9:00</b>	Clase a rotantes Pase de Visita	Consulta externa psicología	Consulta Externa Psicología	Consulta Externa Psicología	Consulta Externa Psicología
<b>9:00</b> <b>10:00</b>	Consulta Externa con el médico Adscrito (Atención de interconsultas)				
<b>10:00</b> <b>11:00</b>					Junta con los integrantes de la clínica
<b>11:00</b> <b>12:00</b>	Sesión interdisciplinaria	Clase de Psicología	Clase de Aspectos Médicos	Presentación de Artículos	Pendientes (Búsqueda de artículos especializados para ser presentados, elaboración de clases y protocolo
<b>12:00</b> <b>1:00</b>		Sesión Anatomoclínica	Sesión General en el Auditorio		
<b>1:00</b> <b>2:00</b>	Clase de Metodología				
<b>2:00</b> <b>3:00</b>					



**Pacientes Atendidos durante el Año de Rotación  
(Marzo de 2010 a Febrero de 2011)**

El total de pacientes atendidos fue de 14, cabe señalar que la prioridad de la clínica no es la práctica asistencial, así mismo la afluencia de pacientes en la clínica es muy baja por varios motivos: no son pacientes autoreferidos, presentan índices bajos de adhesión al tratamiento, así mismo la mayoría de los pacientes atendidos se encuentran en seguimiento médico y las citas en ocasiones son bastante espaciadas y únicamente asisten a consulta psicológica cuando tienen que presentarse a consulta médica. Algunos de los pacientes fueron inicialmente atendidos por los residentes anteriores sin concluir el tratamiento, esos casos se retomaron para darles seguimiento.

**Tabla 10. Pacientes Atendidos durante el período de rotación en la clínica.**

Paciente/p arentesco con el menor atendido en CAINM	Sexo	Diagnóstico Médico del menor atendido en el Instituto	Motivo de interconsult a /Seguimient Diagnóstico CAINM	Víctima o agresor/cuidad or	Evaluación	Diagnóstico Psicológico	Intervención y número de sesiones
Madre de 32 años de una menor de 5	F	Síndrome de Intestino corto	Pb. Negligencia Descartado	Posible agresora	Entrevista interdisciplina ria	Estrés y baja adherencia a tratamiento médico	Estrategias para fomentar adherencia terapéutica y manejo del estrés (3)
Madre de 35 años de una menor de 9	F	Retraso psicomotor Desnutrición	Pb. Negligencia Descartado	Posible agresora	Entrevista interdisciplina ria/Evaluación Psicológica	Baja adherencia a tratamiento médico	Estrategias para fomentar adherencia terapéutica y manejo del estrés (5)
Menor de 7 años de edad	F	Lesiones en cráneo por posible caída	Seguimiento Pb. Maltrato Físico Maltrato Psicológico Confirmado	Víctima	Evaluación Psicológica	Déficit en Habilidades Sociales y seguimiento instruccional	Promoción de habilidades sociales y seguimiento instruccional (Abandona tratamiento) (6)
Menor de 12 años	M	Cardiopatía (en estudio)	Bullying	Víctima	Entrevista interdisciplina ria y Evaluación Psicológica	Ansiedad y Depresión	Estrategias de autorregulación emocional (abandona el tratamiento) (3)
Menor de 9 años	F	Retraso psicomotor	Seguimiento Maltrato Físico Confirmado	Víctima	Evaluación Psicológica	Ansiedad Y problemas de conducta	Se retoma caso para dar estrategias de relajación y manejo conductual (6)
Abuela de 52 años de la paciente	F	Retraso psicomotor	Seguimiento Maltrato		Evaluación	Inadecuado manejo de estrés, depresión severa,	Se canalizó a institución para

anterior (menor de 9 años)			Físico Confirmado	Cuidadora	Psicológica	ansiedad moderada Estrategias de crianza inadecuadas	recibir atención psicológica y taller a padres (3)
Madre de 19 años de un menor de 5	F	Pb. Osteogénesis imperfecta,	Maltrato Físico Descartado	Posible agresora	Entrevista y evaluación psicológica	Prácticas de crianza inadecuadas (déficit en establecimiento de límites y distanciamiento emocional)	Se impartió taller a padres de forma individual (8)
Menor de 9 años	F	Lesiones no justificadas Migraña	Seguimiento Maltrato Físico Confirmado Abandono materno	Víctima	Entrevista	Sintomatología ansiosa Déficit en HHSS	Se retomó con intervención cognitivo conductual para manejo de ansiedad. (5)
Tía de 50 años de una menor de 9 años	F		Abandono materno/Maltrato Psicológico	Cuidadora	Entrevista y Evaluación Psicológica	Prácticas de crianza inadecuadas (disciplina punitiva)	Se canalizó a taller a padres grupal
Madre de 40 años, de un menor de 5	F	Sordera	Pb. Bullying	Cuidadora		Madre con déficit en establecimiento de límites Problemas de conducta en el menor	Estrategias para establecimiento de límites y seguimiento instruccional (5)
Madre de 21 años de un menor de 4	F	Hipotiroidismo	Pb. Negligencia Descartado	Pb. Agresora	Entrevista interdisciplinaria y evaluación		
Madre de 30 años de una menor de 5	F	Cardiopatía congénita	Maltrato Físico confirmado y Abandono materno	Agresora	Entrevista y evaluación Psicológica	Depresión y ansiedad severa Abuso de sustancias. Prácticas de crianza inadecuadas (distanciamiento emocional, disciplina punitiva)	Se canalizó a institución para recibir atención psicológica y taller a padres grupal (5)
Madre de 19 años de una menor	F	Retinoblastoma	Pb. Negligencia Descartado	Pb. Agresora	Entrevista interdisciplinaria y		

de 1 año					Evaluación		
Padre de 34 años, de un menor de 4	M	Leucemia	Pb. Negligencia Descartado	Pb. Agresor	Entrevista interdisciplinaria	(situación de pobreza extrema y falta de conocimiento en enfermedad y tratamiento)	Psicoeducación (2)

### Competencias Alcanzadas Durante el Año de Rotación en el Servicio.

#### Dentro de las competencias clínicas logré:

- Desarrollar habilidades para el establecimiento de rapport para la evaluación e intervención psicológica en población infantil.
- Desarrollar conocimientos y habilidades para la evaluación psicológica en población infantil.
- Adquirir conocimientos para el manejo de instrumento de evaluación para población infantil.
- Desarrollar conocimientos y habilidades para implementar de técnicas cognitivo conductuales en población infantil.
- Conocer, observar y analizar perfiles de agresores y víctimas de maltrato infantil.
- Desarrollar habilidades para observar, analizar y evaluar el contexto familiar donde puede existir maltrato infantil.
- Adquirir conocimiento sobre los de indicadores de maltrato infantil (maltrato físico, psicológico, negligencia y abuso sexual).
- Desarrollar conocimientos y habilidades para el diseño e implementación planes de tratamiento para víctimas de maltrato infantil.
- Desarrollar conocimientos y habilidades para el diseño e implementación planes de prevención en maltrato infantil.
- Adquirir conocimientos sobre el diagnóstico y el abordaje terapéutico del abuso sexual infantil.

#### Dentro de las habilidades académicas logré:

- Adquirir conocimientos acerca del maltrato infantil y temáticas relacionadas.
- Adquirir conocimientos para promover estrategias de crianza y límites.
- Adquirir conocimientos sobre bullying.
- Perfeccionar mis habilidades en el diseño de materiales psicoeducativos.
- Adquirir conocimientos y habilidades en la planeación y desarrollo de talleres teórico-prácticos.

- Adquirir conocimientos y habilidades en la formulación de casos para presentación en sesiones clínicas interdisciplinarias con distintos especialistas médicos.
- Mejorar habilidades para la presentación oral de talleres, conferencias y clases: seguridad, tono de voz, contacto ocular, contenido de los materiales, etc.

**Dentro de las competencias personales logré:**

- Adquirir mayor seguridad en la impartición de cursos y conferencias.
- Desarrollar habilidades de comunicación para realizar discusiones académicas y defender puntos de vista ante otros profesionales.
- Adquirir habilidades para trabajar en equipo con profesionales que manejan otros enfoques terapéuticos.
- Desarrollar habilidades para la planeación y organización del tiempo y actividades de trabajo.
- Ser autogestiva y autodirectiva en el trabajo que desempeñé en la clínica.

**Evaluación General Durante el Año de Rotación**

*Evaluación de las actividades clínicas*

Las actividades clínicas que se realizan en la Clínica son escasas debido a que los objetivos principales de este servicio son las actividades académicas y de investigación; sin embargo, se realiza una labor social e integral sumamente importante con pacientes que se encuentran relacionados con el fenómeno de maltrato infantil, lo cual permite aproximarse y generar un aprendizaje integral en la atención psicológica de las víctimas y aplicar los conocimientos previos que se maneja el residente del enfoque cognitivo conductual en el abordaje de un fenómeno escasamente abordado en el área de la medicina conductual.

*Evaluación de las actividades académicas.*

Las actividades académicas tienen un papel preponderante en la clínica, esto permite robustecer los conocimientos que se tienen para mejorar la atención que se brinda a las víctimas de maltrato infantil, el residente de medicina conductual realiza la labor de documentarse para llevar a cabo el diseño y exposición de clases especializadas y la presentación de artículos relacionados a la temática del maltrato infantil a los integrantes de la clínica, lo cual permite desarrollar habilidades y generar conocimientos propios y contribuir a la actualización de las profesionales que integran la clínica.

### *Evaluación general de la clínica*

La clínica realiza una labor ejemplar en la investigación y atención de un fenómeno complejo de nuestra sociedad, el residente de medicina conductual tiene la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades en el abordaje interdisciplinario del maltrato infantil y habilidades en el desarrollo e implementación de actividades docentes, de capacitación y psicoeducativas, además de adquirir conocimientos y habilidades para brindar atención a población infantil, lo cual constituye un aprendizaje complementario y muy enriquecedor para su práctica profesional. Sin embargo el residente de medicina conductual se enfrenta al abordaje de un fenómeno y una población diferente a lo que se había enfrentado anteriormente y la clínica no cuenta con una supervisión académica con algún profesional que maneje el enfoque cognitivo conductual en la atención a los pacientes y brinde retroalimentación y revisión de las actividades clínico prácticas que realiza el residente; así mismo no la clínica no cuenta con instrumentos válidos y confiables o un protocolo para la evaluación y lo cual obstaculiza el establecimiento de un diagnóstico confiable.

## **PILOTEO DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO BASADO EN ESTRATEGIAS COGNITIVO CONDUCTUALES PARA FACILITAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PROMOVER CONOCIMIENTOS EN COMPETENCIAS PARENTALES EN PADRES Y CUIDADORES DE NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL**

De acuerdo a la OMS (2003), el maltrato infantil es un fenómeno frecuente que se presenta en cualquier estrato social y cultural y representa un problema de salud a nivel mundial con altas repercusiones en el bienestar físico y psicológico de las víctimas, por lo tanto resulta importante la implementación de programas de prevención en distintos niveles. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, brinda atención a las víctimas que han sido afectadas por algún tipo de maltrato, así como a sus familias; sin embargo esta población presenta una nivel de participación en el tratamiento psicológico muy baja, por lo tanto, el objetivo de este estudio fue desarrollar y pilotear un taller psicoeducativo de 12 horas de duración que promoviera la participación (adherencia terapéutica) de los padres y cuidadores de los niños atendidos en la clínica y proporcionara conocimientos sobre prácticas de crianza adecuadas. La participación de los participantes fue adecuada; de 30 invitados al taller, asistieron 26, de los cuales el 62% asistió mínimo a dos módulos de un total de 3. El taller tuvo buena aceptación con los participantes; asimismo incrementaron de forma significativa sus conocimientos acerca de competencias parentales. Lo cual pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias psicológicas breves, estructuradas basadas en técnicas probadas empíricamente y que motiven a esta población a participar, ya que se ha observado un nivel muy bajo de adherencia a intervenciones psicológicas.

**Palabras clave:** maltrato infantil, competencias parentales, adherencia terapéutica.

### **MALTRATO INFANTIL**

En 2006, 3.6 millones de niños en los Estados Unidos recibieron servicios de protección al menor, casi un millón de ellos habían sido víctimas de maltrato y negligencia; 51% eran mujeres y los más susceptibles al maltrato fueron los más pequeños (US Department of Health & Human Services Administration on children, youth and families, 2006).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), 40 millones de niños sufren violencia en el mundo, las edades más afectadas comprenden entre los 3 y 5 años. De acuerdo al INEGI, 2006; en México, el número de denuncias por maltrato fue de 38 544, en 2004; 22 mil de las cuales fueron comprobadas, las niñas encabezan las denuncias con 17 345 seguida de los niños con 16 877 denuncias, la omisión de cuidados fue el tipo de abuso más frecuente con 10, 000 casos reportados, seguidos de agresiones físicas con 8638 casos, daños emocionales 7049 casos, abandono 2824 casos y abuso sexual 1397 casos reportados.

A pesar de que la incidencia es alta, existe un subregistro considerable del maltrato infantil, debido al ocultamiento de la información y a que no existe un criterio unificado para definirlo, por lo tanto es indispensable que el manejo en cuanto al diagnóstico y tratamiento sea de carácter multidisciplinario. Adicionalmente, el maltrato infantil constituye un fenómeno complejo y de difícil abordaje para su tratamiento, ya que existe una baja adherencia terapéutica en esta población. A continuación se mencionan a profundidad aquellas consideraciones importantes en su definición, las condiciones riesgo que se han asociado a su etiología, así como las consecuencias a corto y largo plazo, el tratamiento psicológico más efectivo para las víctimas, así como las acciones preventivas que pueden implementarse para coadyuvar en la disminución de este fenómeno que conlleva altos costos para la sociedad en general.

El maltrato infantil comprende diversas formas de conductas perjudiciales para el bienestar de un menor (Wienclaw, 2009). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el maltrato infantil se define como “toda forma de maltrato físico, emocional, abuso sexual, abandono o negligencia, explotación sexual o comercial, que resulte en un daño actual o potencial a la salud, sobrevivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (OMS, 1999, p. 13).

El maltrato infantil usualmente se clasifica en cuatro tipos: abuso físico, negligencia, abuso sexual y maltrato emocional, también denominado abuso psicológico (Wolfe y Yuan, 2001; (Appleton & Stanley, 2009).

El abuso físico conlleva todas aquellas conductas deliberadas que ocasionan lesiones internas o externas en cualquier parte del cuerpo de un menor, tales como mordeduras, quemaduras, hematomas o fracturas (Lama, 2007; Fire, 2002).

La negligencia se refiere a la ausencia de los cuidados básicos para el desarrollo emocional y físico de un niño. La negligencia física ocurre cuando no se satisfacen adecuadamente las necesidades de alimentación, higiene, vestido, refugio, atención médica y protección, mientras que en la negligencia emocional no se da respuesta adecuada a las necesidades de afecto, apoyo, protección y valía (Stavrianos, Stavrianou , Stavrianou, Kafas, 2009; Polonko, 2006).

El abuso sexual conlleva cualquier actividad o exposición sexual coaccionada, es decir, tocamientos, exhibicionismo y voyerismo, exposición a contenido sexual inapropiado (por

ejemplo, material pornográfico, presenciar relaciones sexuales, etc.), y actos sexuales con penetración táctil o genital (Appleton y Stanley, 2009; Fire, 2002).

Por último, el abuso psicológico hace referencia al patrón repetitivo y duradero de las conductas parentales abusivas que generan un daño en el funcionamiento psicológico del niño, tales como humillar, aterrorizar, amenazar, provocar angustia o malestar, chantajear y rechazar de forma franca (Messman-Moore, Coates, 2007; Lama, 2007).

## **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL MALTRATO INFANTIL**

Si bien es cierto, el maltrato infantil es un fenómeno multifactorial, los factores asociados a su etiología pueden dividirse en dos grandes rubros, asociados a variables familiares: violencia intrafamiliar, historia de abuso infantil y prácticas de crianza inadecuada en los progenitores, abuso de sustancias, problemas de salud mental, dificultad para el aprendizaje, embarazo a edad temprana o no deseado (establecer vínculos inadecuados, apego inadecuado); y variables ambientales: pobreza, carencia en la calidad de las redes de apoyo, desempleo o dificultades económicas. Estos factores no son determinantes por sí solos, sin embargo, son aditivos e interactúan entre sí, por lo que pueden propiciar la ocurrencia del maltrato (Black, Heyman, Smith, 2001, Lewin y Herron, 2006).

La violencia intrafamiliar y la historia de abuso en los progenitores, aumenta el riesgo de convertirse en maltratador, esta relación no es directa ni inevitable ya que se ha reportado que la tasa de transmisión corresponde al 30%(De Paul, Pérez, Paz, Alday y Mocoora, 2002; De Paul y Gómez, 2003), por lo tanto muchos factores además del abuso son importantes para su etiología, por ejemplo se ha identificado que la historia de maltrato acompañada del abuso de sustancias, pobre autoconcepto y un estilo atribucional interno y estable ante los fracasos constituyen factores mediadores directos que propician la condición de maltratador; también se ha encontrado que el ser madre primeriza y poseer un nivel socioeconómico bajo, así como el tener historia de abuso físico severo, aumenta trece veces la probabilidad de repetir el abuso (Dixon, Brow, Hamilton, 2005, Ertem, Leventhal, Dobbs, 2000); A su vez, el tener una pareja violenta y padres con enfermedad mental o abuso de sustancias, la historia de práctica crianza inadecuadas y carecer de factores de protección como solvencia económica o apoyo social, aumenta diecisiete veces la probabilidad de que los padres con historia de abuso maltraten a sus hijos (Dixon, Brown y Hamilton, 2009).



Por su parte, la presencia de psicopatología parental, también constituye un factor de riesgo de gran relevancia en la etiología del maltrato, los trastornos mentales y de personalidad descritos en el eje I y II del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), que son mayormente asociados al maltrato infantil son la ansiedad, depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad, debido a la presencia de regulación inadecuada del afecto (falta de control de impulsos, agresividad, explosividad, carencia de expresividad emocional, inadecuado manejo del estrés, falta de motivación y empatía, etc.) el contacto inadecuado o distorsionado con la realidad; la falta de habilidades sociales, la incapacidad de establecer vínculos y recursos de apoyo social que amortiguen estresores cotidianos), lo que aumenta la probabilidad del consumo y abuso de sustancias, estas condiciones afectan de forma importante el ambiente familiar y las prácticas de crianza, y generan como consecuencia el mostrar menor expresividad en el afecto, frialdad emocional, escasa responsividad y atención, la práctica de disciplina autoritaria, punitiva e inconsistente (Johnsoti, Cohen, Kasen, Ehrensaft, Crawford, 2006; De Clercq, Van Leeuwen, De Fruyt, Van Hiel, Mervielde, 2008; Walker E, Downey G, Bergman, 1989).

En el caso particular del maltrato por negligencia, se ha relacionado a la incapacidad de experimentar empatía y a la modificación de los procesos cognitivos de los padres hacia la motivación de ayudar, estos últimos se encuentran relacionados con percibir un alto costo en la satisfacción de las necesidades, la distorsión de la severidad o urgencia de las necesidades o el atribuir capacidades del propio niño para satisfacerlas; el predominio del estrés personal y el empleo de mecanismos de evitación ante la percepción de la poca capacidad de aliviar las necesidades del menor, ya que estas son percibidas como estímulos amenazantes. A sí mismo se ha observado la presencia de un déficit en el conocimiento y habilidades de crianza adecuadas, carencia de apoyo social, la incapacidad de hacer uso de recursos del ambiente para enfrentarse a la vida (Burke, Chandy, Dannerbeck, Watt, 1998, De Paul y Gibert, 2008; Stewart, Mezzich Day, 2006,).

## **CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL**

Diversos estudios han descrito el impacto físico y psicológico en los niños que han sido expuestos a algún tipo de maltrato, las consecuencias pueden ser tanto a corto como a largo plazo y estas dependen del tipo de abuso, de la frecuencia, la duración e intensidad con la que se haya perpetrado.

### ***Consecuencias a Corto Plazo***

#### *Consecuencias Físicas en Maltrato Físico, Negligencia y Abuso Sexual*

En el caso del maltrato físico las consecuencias a corto plazo que resultan más evidentes son asociadas a lesiones intencionales o en los que el mecanismo de lesión es poco claro, que van desde las huellas del objeto agresor (cinturón, lazo, zapato, cadena, plancha, etc.) eritema, equimosis, inflamación, hasta la ruptura viceral, lesiones torácicas y abdominales, fracturas en extremidades, tórax, traumatismo craneoencefálico (TCE), hemorragia intracraneal, hematoma subdural, edema cerebral y quemaduras de segundo y tercer grado (Santana, Sánchez y Herrera, 1998, OMS, 2002, Loredó y Perea, 2004).

En el caso de la negligencia, pueden identificarse algunos indicadores físicos que sugieren la presencia de este tipo de maltrato, los cuales se caracterizan por la falta de cuidado higiene en general (cabello y ropa sucia, pediculosis capiti, presencia de caries, extremidades delgadas, retraso en el crecimiento, diferentes grados de desnutrición, etc.), lesiones relacionadas con accidentes y enfermedades frecuentes (Santana, Sánchez y Herrera, 1998, OMS, 2002, Tyler, Allison y Wisler, 2006, Perea, Loredó, López, Jordán y Tejo, 2007). Así mismo en el caso del abuso sexual, pueden existir algunos indicadores físicos tales como: enrojecimiento, llagas, hinchazón, infecciones del tracto urinario, erupciones, sangre en genitales, ano y boca; dolor persistente durante la orina y fluidos genitales anormales, los cuales son poco frecuentes (Dove y Miller, 2007; Wilson, 2010).

#### *Consecuencias Psicológicas y Conductuales*

Cuando los padres tienden a ser poco responsivos, muestran falta de respuesta a las necesidades, se muestran escasamente disponibles e interesados, con poca supervisión, poca calidez, sentimiento de rechazo y falta de aceptación, o muestran agresiones físicas y psicológica hacia sus hijos, se desarrollan interacciones familiares que representan un factor de riesgo para un amplio espectro de problemas de salud mental y un obstáculo para un adecuado funcionamiento psicológico (Repeti, Taylor y Seeman, 2002, Hernández-Guzmán, 1999, Christoffersen, y De Panfilis, 2009).

A continuación se describen las principales consecuencias que se han expuesto en la literatura en los diferentes aspectos del funcionamiento psicológico de las víctimas, las cuales en su mayoría son independientes de la exposición a determinado tipo de abuso:

#### Aspecto Emocional

Se ha encontrado que los niños expuestos a los diferentes tipos de abuso, son más propensos a mostrar sintomatología depresiva, infelicidad, miedo, inseguridad, culpa,

vergüenza, apatía, falta de motivación, culpa, desconfianza, exhibir altos niveles de ansiedad, dificultad en el reconocimiento de emociones, represión emocional, sentimientos de desesperanza y enojo, ira inapropiada, cambios repentinos en el estado de ánimo; así como la presencia de patrones de apego desadaptativo, es decir apego de tipo ansioso o evitativo y déficit en el control de impulsos (Finzi, Har Even, Shnit, Weizman; 2002 Menen, 2000; Christoffersen, y De Panfilis , 2009; Dubowitz, Papas, Black y Satar, 2002, Wekerle, Miller, Wolfe, Spindel, 2007; Chaffin, Silovsky, Vaughn, 2005). Así mismo, se ha encontrado que los padres que tiene predilección hacia el abuso físico y la disciplina severa, tienen hijos con más síntomas de internalización como ansiedad y depresión a diferencia de los padres que se encuentran en menor riesgo de cometer abuso y emplean prácticas de disciplina menos severa (Rodríguez, 2003).

#### *Aspecto Cognitivo e Intelectual*

Las experiencias de maltrato en los niños contribuyen a desarrollar algunas creencias sobre sí mismos y sobre cómo interpretan el mundo, favoreciendo el desarrollo de esquemas desadaptativos tempranos y creencias nucleares disfuncionales, estas experiencias le comunican al niño que carece de valor de virtudes y capacidades, que no se le quiere ni se le desea y que solamente vale al satisfacer las necesidades de otros, que carece de control sobre su ambiente, que vive en un mundo amenazante, peligroso y hostil, en el cual no puede confiar en nadie o que los demás van a abandonarlo o maltratarlo, así mismo empieza a instaurarse una visión pesimista y desesperanzadora acerca del mundo lo cual puede traducirse en una baja autoestima: “siempre me pasan cosas malas y así será siempre”, “No recibiré apoyo cuando lo pida” “Para que lo intento, de todos modos no voy a lograr nada” (Messman-Moore, Coates, 2007, Lama 2007, Appleton, 2009, Carr y Francis, 2009).

Por otra parte, se ha correlacionado el maltrato a déficits en el desarrollo intelectual, ya que se ha mostrado la presencia de un CI más bajo comparado con niños sin abuso, déficit en solución de problemas, alteraciones en la memoria, atención y creatividad, lo que propicia un inadecuado desempeño escolar, escasos logros académicos (Tyler, Allison y Wisler, 2006, Polonko, 2006, Lewin y Herron, 2006 Donohue y Van Hasselt, 1999, Staudt, 2001 Di Lauro, 2004, Perry, Doran , Wells, 1993 Wekerle, Miller, Wolfe, Spindel, 2007).

#### *Aspecto Conductual*

Así mismo, se ha descrito la presencia de alteraciones de conducta que van desde la agresividad, rebeldía, autolesiones, exhibir una conducta hiperactiva e hipervigilante,

dominante o controladora y en otros casos puede observarse lo contrario, pueden mostrarse apáticos, distraídos y distantes, con una conducta inhibida, complaciente y /o dependiente, conductas de evitación como el resistirse a ir a la escuela o a establecer contactos sociales; a su vez, los niños que han sido víctimas de abuso sexual, pueden mostrar una conducta hipersexualizada, conducta seductora, conductas regresivas como succionarse el pulgar, realizar dibujos, escritos o juegos que ilustren o recreen actos sexuales (Donohue y Van Hasselt, 1999, Staudt, 2001, Rodríguez-Srednicki O, Twaite, Di Lauro, 2004, Perry, Doran , Wells, 1993, Wekerle, Miller, Wolfe, Dove y Miller, 2007; Wilson, 2010, Spindel, 2007, Rafanello 2010.)

### *Aspecto fisiológico*

En este aspecto, independientemente del tipo de maltrato se ha descrito la presencia de enuresis, alteraciones en el sueño, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño sin motivo aparente, cefalea, dolor estomacal, sobreactivación del eje hipotalámico suprarrenal, cambios repentinos en los hábitos alimentarios, así como retraso en el desarrollo, trastornos psicósomáticos y enfermedades de transmisión sexual en el caso del abuso sexual (Repeti, Taylor y Seeman, 2002; OMS 2002).

### ***Consecuencias a Largo Plazo***

En cualquier tipo de maltrato infantil se pueden presentar alteraciones de conducta: violencia, ira, agresión, hostilidad, delincuencia, promiscuidad, conducta evitativa o hipervigilante, ideación e intento suicida, conducta autolesiva (cortarse o quemarse), higiene personal inadecuada, inseguridad, déficit en habilidades sociales; abuso de alcohol y drogas. En la salud mental se pueden presentar trastornos mentales y de personalidad como ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por estrés postraumático y trastorno de personalidad limítrofe. En la salud física se pueden presentar trastornos sistémicos (en sistema inmunológico, respiratorio, gastrointestinal, musculoesquelético, neurológico y ginecológico) caracterizados por: cefalea, migraña, dolor pélvico crónico, lumbalgia, fibromialgia, fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, enfermedades isquémicas, otros trastornos autoinmunes, disfunciones sexuales y problemas reproductivos y vulnerabilidad al estrés. En el aspecto social frecuentemente se observan relaciones interpersonales inadecuadas, apego inseguro y desorganizado en las relaciones adultas, bajos niveles de satisfacción en las relaciones de pareja, altos índices de divorcio y separación y aislamiento social. Por último, en el aspecto laboral puede presentarse bajo rendimiento académico y baja productividad laboral,

oportunidades laborales y de crecimiento limitadas. Además existe un alto riesgo de perpetrar violencia doméstica o abuso sexual en caso de haber sido víctima de este tipo de abuso (OMS, 2002, Repeti, Taylor y Seeman, 2002, Wilson, 2010).

## **TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL**

Existe una gran cantidad y variedad de tratamientos para el manejo del maltrato infantil: terapia psicológica individual o familiar, tratamiento psiquiátrico, familias secundarias (sustitutas), consejería, etc. (Fire, 2002). Dentro de los tratamientos psicológicos el enfoque cognitivo-conductual se ha mostrado como el método más efectivo y breve para lograr cambios significativos y duraderos en la situación del maltrato infantil (Christoffersen & De Panfilis, 2009; Cohen, Mannarino, Murray & Igelman, 2006; Silverman, Ortiz & Viswesvaran, 2008; Dufour & Chamberland, 2001, Gil y O'Carol, 2004), ya que se sirve de técnicas empíricamente válidas y confiables para corregir las estrategias de crianza y disciplina inadecuadas de los padres, para disminuir el malestar emocional de la víctima y para optimizar la interacción defectuosa entre ambos (Shipman y Taussig, 2009). Para ello, el enfoque cognitivo- conductual tiene como objetivo modificar cogniciones y conductas disfuncionales en padres e hijos y promover estrategias más adaptativas, utilizando principalmente las técnicas de psicoeducación, modelado y role-playing para lograr la adquisición de nuevas prácticas parentales; el entrenamiento en asertividad y solución de conflictos para mejorar la comunicación entre padres e hijos; la reestructuración cognitiva para promover expectativas parentales más adecuadas acerca del niño y su conducta y para promover creencias menos catastróficas y autoinculpantes en los niños; relajación, control de estímulos, estrategias de afrontamiento y solución de problemas para optimizar la autorregulación emocional y el manejo adecuado del estrés de los padres y promover la resiliencia de la víctima; y la promoción de límites adecuados, contingencias y seguimiento instruccional para promover un manejo conductual apropiado del niño (Dufor y Chamberland, 2004; Cohen y Manarino, 2006; Messman-Moore & Coates, 2007; Lama, 2007; Appleton & Stanley, 2009; Donohue & Van Hasselt, 1999; Lindell & Svedin, 2005).

## **PREVENCIÓN**

Debido a las consecuencias psicológicas, físicas y sociales que se derivan del maltrato infantil, resulta indispensable llevar a cabo programas especializados para prevenir y disminuir la ocurrencia de este fenómeno (Barth, 2009). La prevención del maltrato infantil incluye:

Prevención primaria: promover prácticas educativas adecuadas e interacciones familiares positivas en la población en general (aunque no sea una población de riesgo).

Prevención secundaria: promover prácticas parentales más adecuadas cuando en una población de riesgo existen prácticas disfuncionales.

Prevención terciaria: evitar la reincidencia del maltrato infantil ya existente promoviendo prácticas parentales más adecuadas para prevenir el maltrato futuro a la víctima (Horton & Cruise, 1997; Donohue & Van Hasselt, 1999; Lindell & Svedin, 2005).

Las prácticas parentales se refieren a todas aquellas conductas que generan y regulan respuestas de afecto, cognición, comunicación y conducta en el niño por parte de sus padres o cuidadores (Masten y Curtis, 2000) y en el ámbito de la prevención del maltrato infantil los estudios enfatizan la importancia de implementar conductas adaptativas y competentes ante las necesidades de los hijos a lo largo del tiempo, principalmente a través de la promoción de un estilo de crianza democrático, la expresión de afecto y empatía, las expectativas adecuadas acerca del niño y su conducta, estrategias de disciplina no punitivas, un adecuado manejo del estrés y adecuadas habilidades de comunicación ( Azar & Cote, 2000; Azar & Winzler, 2005; Bartau y De la Caba, 2009; Scribano, 2010). Estos componentes básicos derivados del tratamiento psicológico cognitivo-conductual y aplicados a programas preventivos del maltrato infantil han mostrado eficacia para reducir problemas de conducta y episodios de maltrato al mejorar la relación entre padres e hijos (Scribano, 2010, Shipman y Taussig, 2009).

A excepción de la prevención terciaria, en donde los programas individuales y personalizados tienen mayor efectividad, en la prevención primaria y secundaria se recomienda llevar a cabo intervenciones grupales con padres de familia. En cualquier nivel de prevención es fundamental hacer uso de técnicas basadas en un fundamento teórico sólido que se enfoquen en optimizar las prácticas parentales a través del aprendizaje de habilidades específicas y en proveer “tips para casa”, material didáctico de apoyo y retroalimentación personalizada (Barth, 2009).

## **MALTRATO INFANTIL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

De acuerdo a la OMS (2004) la adherencia terapéutica es el grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria a través de conductas que influyen sobre el inicio, curso o pronóstico de una enfermedad (tales como la búsqueda y asistencia a citas médicas y

psicológicas, la toma adecuada de medicamentos, la modificación de estilos de vida no saludables, etc.).

Dado que el maltrato infantil es un problema de salud pública (OMS, 2003), la adherencia terapéutica juega un papel fundamental en la prevención y manejo de este fenómeno. Sin embargo, se ha encontrado que los padres o cuidadores maltratadores muestran índices de deserción del tratamiento superiores a los de población sin maltrato (25-80%) debido a su baja motivación por recibir tratamiento dado que no reconocen el problema o debido a problemas psicosociales (bajo nivel socioeconómico y educativo, presencia de psicopatología, violencia, abuso de sustancias, falta de apoyo social, etc.). Por ello resulta indispensable implementar estrategias de intervenciones breves y efectivas que resulten motivantes y que tomen en cuenta las limitantes psicosociales de esta población (Hansen, 1994).

## **MÉTODO**

### **Justificación**

El maltrato infantil y las prácticas de crianza disfuncionales tienen consecuencias de gran impacto en el desarrollo físico y emocional del niño que lo padece, por lo cual es necesario realizar intervenciones que promuevan interacciones positivas entre padres e hijos. En la “Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado” del Instituto Nacional de Pediatría se brinda atención médica y psicológica a las víctimas y a sus cuidadores para aliviar los síntomas generados por la exposición al maltrato y para disminuir la reincidencia del mismo. Sin embargo, esta población ha mostrado muy baja adherencia terapéutica en los tratamientos psicológicos debido a factores personales (dificultades económicas, lejanía de la institución, baja motivación para adherirse al tratamiento y también debido a que en su mayoría los pacientes son referidos por los diferentes servicios con los que cuenta el Instituto cuando existe la sospecha de maltrato infantil, es decir no son pacientes autoreferidos) e institucionales (tratamientos largos y poco directivos, falta de personal y espacio, etc.). Por lo tanto, se propone realizar una intervención breve en formato grupal que se adapte a las necesidades de esta población y logre proporcionar un beneficio inmediato a un mayor número de participantes.

### **Objetivo General:**

Realizar un estudio piloto para evaluar la eficacia de una estrategia de intervención breve, y estructurada, para adquirir conocimientos acerca de competencias parentales y

promover la adherencia terapéutica, mediante la participación en una intervención psicoeducativa de cuidadores primarios de niños atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

### **Objetivos Específicos:**

1. Evaluar la eficacia de una estrategia de intervención grupal, breve y estructurada para promover la participación de una población con baja adherencia terapéutica.
2. Diseñar un taller psicoeducativo con contenido teórico y práctico basado en evidencia científica acerca de los estilos de crianza, límites, control de emociones y manejo de estrés, y las estrategias de comunicación que promueven la interacción armoniosa entre padres e hijos. Este taller fue nombrado: "Taller, Cómo ser Mejores Padres, Estrategias Cognitivo Conductuales".
3. Promover conocimientos en prácticas de crianza adecuadas, autoregulación emocional y estrategias de comunicación efectiva en un grupo de padres y cuidadores de niños atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Dicho taller se impartió con los padres de familia o cuidadores de niños atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, los cuales se encontraban en situación de maltrato infantil comprobada o con alto riesgo de padecerla, por lo tanto constituye una estrategia de prevención secundaria (mejorar prácticas parentales disfuncionales) y terciaria (limitar reincidencia de episodios de maltrato) de este fenómeno.

### **Hipótesis**

El taller psicoeducativo basado en estrategias cognitivo conductuales aumentará de forma significativa los conocimientos en competencias parentales y será una estrategia efectiva para promover la participación de los padres y cuidadores a una intervención psicológica (adherencia terapéutica).

### **Diseño**

Cuasiexperimental con mediciones dependientes pre-test, post-test (Kerlinger y Lee, 2002).



## Muestreo

No aleatorio por conveniencia (Kerlinger y Lee, 2002).

## Participantes

Se realizó la invitación a participar en el taller a 30 cuidadores primarios de pacientes atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, como se puede observar en la Tabla 1, de un total 26 cuidadores primarios aceptaron participar voluntariamente (78% eran mujeres y 21% eran hombres), la media de edad fue de 37.9 años, en el 68% de los casos el participante era quien ejercía maltrato o prácticas de crianza disfuncionales (alto riesgo de maltrato) y el 32% restante eran los familiares o cuidadores que se hacían cargo de las víctimas; en cuanto a las víctimas, el tipo de abuso más frecuente fue negligencia (37% de los casos) .

**Tabla 11. Características de los participantes en el taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”**

<b>Características Sociodemográficas de los Participantes del Taller</b>		
<b>PARENTESCO</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Madre	15	54%
Padre	5	18%
Abuela	7	25%
Tía	1	3%
<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	22	78%
Masculino	6	21%
<b>EDAD</b> Media=37.9 Rango=20-63 años		
<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	6	22%
Secundaria	8	30%
Preparatoria/Carrera Tec.	9	33%
Licenciatura	4	15%
<b>AGRESOR</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	19	68%
NO	9	32%

**Tabla 12. Características de los niños atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, cuyos padres o cuidadores asistieron al taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”**

<b>Características de los Menores Atendidos en la Clínica</b>		
<b>TIPO DE MALTRATO</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Negligencia	10	37%
Abuso Físico	7	25%
Abuso Psicológico	9	33%
Abuso Sexual	1	4%
<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto Riesgo	14	48%
Confirmado	15	52%
<b>EDAD</b> Media=6.2 años Rango=1-17 años		

## **Mediciones**

### Variable independiente

Taller psicoeducativo: incluye tres módulos de tres horas de duración cada uno, los cuales se impartieron de forma semanal. En la Tabla 3 se presentan los objetivos y las técnicas de cada uno de los módulos que conforman el taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”.

**Tabla 13. Estructura, objetivos y técnicas del taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”.**

MÓDULO	TÍTULO	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDO
I	Estilos de Crianza y límites	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qué consecuencias tienen los distintos estilos de crianza en el bienestar emocional del niño</li> <li>2. Cómo implementar reglas adecuadas</li> <li>3. Cómo poner límites efectivos</li> <li>4. Cómo dar instrucciones efectivas</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo de crianza autoritario, negligente, permisivo y democrático</li> <li>• Reforzamiento y castigo</li> <li>• Economía de fichas</li> <li>• Tiempo fuera</li> <li>• Seguimiento instruccional</li> </ul>
II	Control de emociones y manejo de estrés	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cómo regular y controlar las emociones</li> <li>2. Cómo poder relajarse</li> <li>3. Cómo solucionar problemas efectivamente</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reestructuración cognitiva y autoinstrucciones</li> <li>• Respiración diafragmática</li> <li>• Activación conductual</li> <li>• Tiempo fuera</li> <li>• Solución de problemas</li> </ul>
III	Estrategias de comunicación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cómo ser asertivos</li> <li>2. Cómo promover que los hijos nos hablen y nos escuchen</li> <li>3. Cómo solucionar conflictos con los hijos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asertividad</li> <li>• Escucha activa</li> <li>• Comunicación empática</li> <li>• Solución de conflictos</li> </ul>

Los contenidos de cada módulo fueron expuestos con apoyo de material audiovisual (presentación en Power Point) de forma muy concreta y sencilla utilizando primordialmente imágenes vistosas con muy poco texto. Como apoyo didáctico adicional se utilizó el role-playing, modelamiento y ejercicios prácticos escritos y música de relajación.

## Variables dependientes

La adherencia terapéutica a la estrategia de intervención se midió a través del porcentaje de participantes que asistieron a los módulos del taller.

La eficacia del taller se midió a través de dos aspectos:

- a) Conocimientos acerca de estrategias parentales: se evaluaron mediante un cuestionario de conocimientos diseñado para cada uno de los módulos del taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”, el cual consta de cinco reactivos con opciones de respuesta múltiple acerca del contenido revisado (ver *Anexo 1*). Dicho cuestionario se aplicó inmediatamente antes (pre-test) y después (post-test) de impartir el módulo correspondiente del taller (ver anexo).
- b) Evaluación del taller realizada por el participante: en el post-test de cada módulo se midió la satisfacción del participante con el taller a través de 4 reactivos con escala tipo Likert de cuatro opciones (ver anexo).

## **Materiales**

- Computadora portátil
- Cañón y pantalla
- Formatos de evaluación de conocimientos para cada uno de los módulos (Pre-test Post-test)
- Formatos de ejercicios prácticos escritos
- Lápices
- Gomas

## **Escenario**

El taller psicoeducativo se llevó a cabo en un aula de capacitación del Instituto Nacional de Pediatría.

## **Procedimiento**

Se realizó la revisión de la literatura científica para diseñar el taller “Cómo ser mejores padres – Estrategias cognitivo conductuales”, considerando las temáticas que han mostrado mayor eficacia para la prevención secundaria y terciaria del maltrato infantil. Una vez diseñado el taller, se formuló el cuestionario Pre-test y Post-test de cada módulo, el cual fue revisado por todas las áreas que integran la “Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado” del Instituto Nacional de Pediatría (medicina, psicología, trabajo social,

enfermería y nutrición) en cuanto a la redacción, el contenido, la comprensión y la pertinencia de las preguntas.

Se solicitó a los integrantes de esta misma clínica que identificaran y canalizaran a aquellos padres o cuidadores que ejercían maltrato infantil o que realizaban prácticas parentales disfuncionales (por ejemplo, emplear disciplina punitiva, tener dificultad para establecer límites adecuados, tener actitud hipercrítica, prácticas negligentes, comunicación inadecuada, etc.). Posteriormente se revisaron los expedientes de los pacientes cuyos padres o cuidadores que iban a participar en el taller para recabar sus datos generales y antecedentes de maltrato. Por último, se procedió a impartir los tres módulos del taller, aplicando un pre-test y post-test en cada uno.

### **Análisis estadísticos**

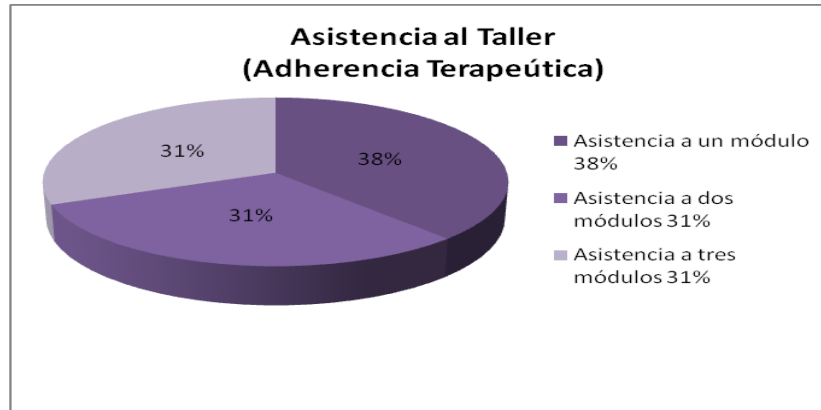
Datos generales: Se analizaron mediante estadística descriptiva a través de frecuencias y distribuciones porcentuales.

Eficacia del taller: Se obtuvo mediante estadística no paramétrica a través de la prueba de Wilcoxon ( $p \leq 0.05$ ) para identificar diferencias significativas entre las mediciones pre y post de los conocimientos del taller. El grado de satisfacción de los participantes hacia el taller con el taller se describió a través de una distribución porcentual.

## **RESULTADOS**

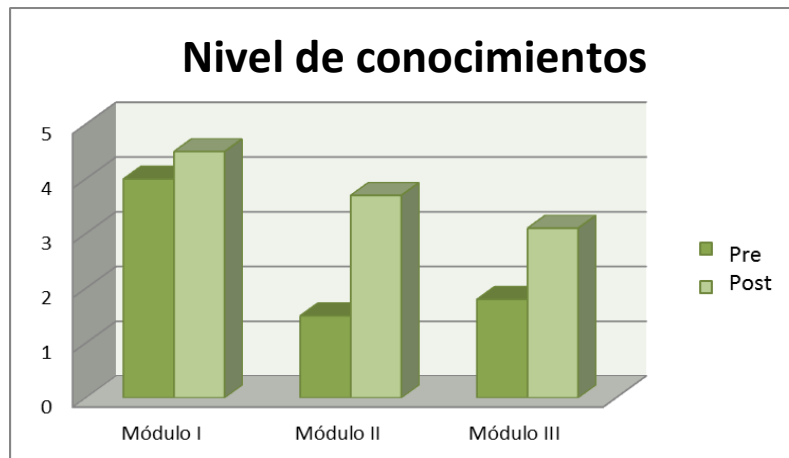
En la figura 3 se muestra la asistencia de los participantes a los módulos del taller. Al taller asistieron un total de 26 participantes (cabe señalar que se realizó la invitación a 30 padres o cuidadores de la clínica), de los cuales 10 (38%) asistieron solamente a un módulo, 8 (31%) asistieron a dos módulos y los 8 restantes (31%) asistieron a los tres módulos que constituyeron el taller. Como se puede observar, más de la mitad de los participantes (62%) asistieron a dos o tres módulos del taller, lo cual indica una asistencia aceptable.

**Figura 13. Adherencia terapéutica medida a través de la asistencia de los participantes a los módulos del taller.**



En la figura 2, se presentan los resultados del nivel de conocimientos de los participantes antes y después de cada uno de los módulos del taller, medido a través de los cinco reactivos del cuestionario de evaluación. Se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Wilcoxon, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (con un nivel de significancia de  $p \leq 0.05$ ), es decir hubo un aumento significativo en el nivel de conocimientos sobre competencias parentales en los participantes en cada uno de los módulos.

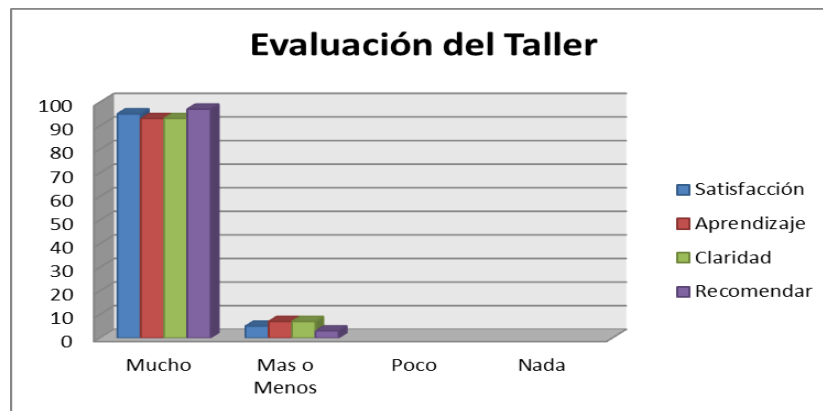
**Figura 14. Nivel de conocimientos antes y después del taller de los participantes.**



<b>Análisis Estadístico ( Prueba de Wilcoxon &gt;.05)</b>		
MODULO I	MODULO II	MODULO III
Z= 2.1	Z= 2.9	Z= 1.9
P=.03	P=.00	P=.05

En la Figura 3, se muestra la evaluación que los participantes realizaron al taller, la mayoría de los participantes se mostraron satisfechos, consideraron haber mejorado sus conocimientos en cuanto a habilidades parentales, además consideraron que fue claro y que lo recomendarían.

Figura 15. Evaluación que realizaron los participantes del taller con respecto a su satisfacción, aprendizaje, claridad y si lo recomendarían.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue pilotear un tratamiento breve y estructurado en padres y cuidadores de niños víctimas de maltrato, para facilitar la adherencia terapéutica ya que generalmente tienen limitaciones para asistir a tratamiento psicológico.

Para ello se diseñó un taller psicoeducativo de un total de nueve horas de duración, dividido en tres módulos semanales de tres horas cada uno. De los 26 participantes que asistieron al taller, la mayoría (62%) asistió a mínimo dos de los tres módulos del taller, lo cual representa una adherencia terapéutica aceptable considerando que en esta población los índices de adherencia son menores que en poblaciones sin maltrato infantil. De acuerdo a la literatura científica los principales elementos para facilitar la adherencia terapéutica en esta población son intervenciones breves, estructuradas y que resulten motivantes, lo cual se tomó en cuenta en el diseño del taller y facilitó su eficacia (Hansen, 1994).

Además, la forma de promocionar el taller fue atractiva y poco invasiva, ya que nunca se manejó el término de maltrato, sino que se presentó como un taller enfocado en proporcionar herramientas prácticas para promover una adecuada interacción familiar y el bienestar emocional de sus integrantes. Prueba de ello es que el 87% de los padres invitados aceptaron asistir al taller, lo cual también es muestra de una alta adherencia terapéutica.

El taller resultó efectivo para incrementar significativamente el nivel de conocimientos sobre competencias parentales en los participantes en cuanto a estilos de crianza, establecimiento de límites, manejo de estrés, control de emociones, estrategias de comunicación, solución de problemas y solución de conflictos, ya que estos contenidos fueron expuestos de forma concreta y sencilla con apoyo visual y didáctico para ser accesible a cualquier nivel educativo (53% de los participantes tenían solamente educación básica), lo cual es fundamental para la eficacia de la intervención de acuerdo a numerosos estudios científicos (Barth, 2009). Adicionalmente, los contenidos expuestos se eligieron dado que la literatura científica ha demostrado que son altamente efectivos e indispensables para promover prácticas de crianza adecuadas que disminuyen el riesgo de maltratar al niño y fomentan interacciones armoniosas entre padres e hijos (Azar & Cote, 2000; Azar & Winzler, 2005; Bartau y De la Caba, 2009; Horton & Cruise, 1997; Donohue & Van Hasselt, 1999; Lindell & Svedin, 2005; Shipman y Taussig 2009; Scribano, 2010).

Finalmente, se observó un alto nivel de satisfacción de los participantes con el taller pues refirieron que fue claro y que lo recomendarían a otras personas, lo cual proporciona evidencia adicional acerca de la efectividad de una intervención de este tipo en una población con dificultades de adherencia terapéutica, limitaciones educativas y socioeconómicas.

### **Limitaciones y Sugerencias**

Una limitación del presente estudio fue no tener información acerca de que los participantes hayan aplicado las estrategias promovidas en el taller a su vida cotidiana, por lo que se sugiere dejar tareas para casa y realizar seguimientos a largo plazo para medir los conocimientos y habilidades adquiridos. Adicionalmente se recomienda replicar el taller con una muestra más grande e implementarlo de forma regular, ya que representa una herramienta breve, estructurada, efectiva y económica para facilitar la adherencia terapéutica y promover competencias parentales adecuadas en la población de maltrato infantil.



## CONCLUSIÓN FINAL DE LA RESIDENCIA

Durante los dos años de residencia, tuve la oportunidad de enfrentarme a situaciones de naturaleza compleja como es el trabajo en el ámbito hospitalario en el abordaje de dos fenómenos distintos como es la enfermedad oncológica y el maltrato infantil, lo cual constituye una fuente de aprendizaje irremplazable, que me ha permitido desarrollar estrategias y habilidades de forma integral tanto en la práctica clínica, en actividades de índole académico y de investigación, todo esto me permite hoy en día formar parte de aquellos recursos humanos con formación profesional específica que puede hacer frente a las necesidades que la sociedad actualmente enfrenta en el ámbito de la salud y la salud mental desde un enfoque interdisciplinario.

La residencia ha constituido un desafío para mí en el aspecto personal y profesional, con el cual me he concientizado de mis propias habilidades y recursos para resolver problemas, asimismo me ha permitido darme cuenta de la importancia del aspecto psicológico en la el restablecimiento, preservación de la salud, en la calidad de vida y bienestar del ser humano y de la importancia de brindar atención interdisciplinaria, humana, oportuna y de calidad basada en técnicas probadas científicamente y de sensibilizarme ante las necesidades de las personas que se encuentran en condiciones en suma complejas y gracias a esto de valorar condiciones personales que anteriormente no tomaba en cuenta.

El ingresar a la maestría constituye un proceso largo y complejo que representa tiempo y la realización de un gran esfuerzo, que me ha permitido adquirir muchos conocimientos y experiencia profesional y con el cual me encuentro muy satisfecha al concluirlo. Asimismo me encuentro muy agradecida con las instituciones que me dieron la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y con todos los profesionales que me han transmitido sus conocimientos y me han brindado su apoyo en mi formación académica y aquellas personas cercanas sin las que su gran apoyo esto no se habría podido concluir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychology Association (2002). *Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

Amigo V.I., Fernández, R. C. y Pérez, A. M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide Ediciones.

Andrade, P., Mercado, S., Reidl, L. y Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud; valoración psicológica-ambiental*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Appleton, J.V., Stanley, N. (2009). Childhood outcomes. *Child Abuse Review*, 18, 1-5.

Appleton, P. (2008) *Children's anxiety, a contextual approach*. Nueva York: Routledge.

Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una unidad médica de atención de tercer nivel. *Cirujano General*, 28 (2), 103-109.

Ashing-Giwa, T., Padilla, G.V., Bohórquez, D.E., Tejero, J.S. y García, M. (2006). Understanding the breast cancer experience of latina women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24, 234-242.

Avis, N.E., Aybil, C. y Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology*, 13, 295-308.

Azar, S. T. y Winzerl, K. M. (2005). Child Maltreatment and Childhood Injury Research: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 598-614.

Azar, S. T. y Cote, L. R. (2002). Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer? *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 193-217.

Aziz, A. (2004). Sources of perceived stress among medical doctors a cross cultural perspective. *Journal of cross cultural management*, 11, 135-145.

Bartau, R.I. y De la Caba, C. M. (2009). Una experiencia de mejora de las habilidades para la parentalidad y el desarrollo sociopersonal de los menores en contextos de desprotección social. *Intervención Psicosocial*, 9 (18), 135-151.

Barth, R.P. (2009). Preventing Child Abuse and Neglect with Parent Training: Evidence and Opportunities. *Future of Children*; 19: 95-118.

Becoña, E., Vázquez, F., y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. Recuperado el 12 de enero de 2012, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>

Black, D., Heyman, R. y Smith, A.(2001). Risk factors of child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6 (2), 121-188.

Burke, J., Chandy, J., Dannerbeck, A. y Watt, W. (1998). The parental environment cluster model of child neglect: An integrative conceptual model. *Child Welfare League of America*, 77(4), 389-405.

Caplan, R.P. (1994). Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal*, 309, 1261-1263.

Chaffin, M., Silovsky, J.F. y Vaughn, C.(2005). Temporal concordance of anxiety disorders and child sexual abuse: Implications for direct versus artifactual effects of sexual abuse. *Journal Of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 34(2), 210-222.

Christoffersen, M. N y De Panfilis, D. (2009). Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. *Child Abuse Review*, 18, 24-40.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Murray, L.K. e Igelman, R. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62,737-766.

Coomberm, S., Todd, C., Park, G., Baxter, P., Firth-Cozenz, J. y Shore, S. (2002). Stress in UK intensive unit doctors. *Bristish Journal of anesthesia*, 89 (6), 873-871.

De Clercq, B., Van Leeuwen, K., De Fruyt, F., Van Hiel, A. y Mervielde, I. (2008). Maladaptive personality traits and psychopathology in childhood and adolescence: The moderating effect of parenting. *Journal of Personality*, 76, 357-383.

De Frank, J.T., Bahn, M.C., Stein, D.K. y Baker, F. (2007). Body Image Dissatisfaction in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34, 1-6.

De Good, D., Crawford, A. L. y Jongsma A (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. Nueva York: John Wiley & Sons.

De Paúl, J. Pérez-Albéniz, A., Paz, M.P., Alday, N.y Mocoroa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso Sexual. *Psycothema*, 14 (1) ,53-62.

De Paúl, J. y Gómez, P.E. (2003). La Transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: Estudio en dos generaciones *Psycothema*, 15 (3), 452-457.

De Paul, J. y Guibert, M. (2008). Empathy and child neglect: A theoretical model, *Child Abuse & Neglect*, 32, 1063-1071.

De Paz, A. L., García G.T. y Sastre, A.J. (2000). Diagnóstico precoz del cáncer. Metodología diagnóstica de los tumores. *En Oncología clínica Básica*. E. Díaz Rubio y J. García Conde (Eds.), (pp. 127-143). Madrid: Aran ediciones.

Diario Oficial de la Federación, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n130.pdf>, recuperado el 18 de agosto de 2009.

DiLauro, M.D. (2004). Psychosocial factors associated with types of child maltreatment. *Child Welfare*, 83, 69-99.

Dixon, L., Browne, K. y Hamilton, G.K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II). *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 46, 58–68.

Dixon, L., Browne, K. y Hamilton, G.K. (2009). Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment. *Journal of Family Violence*, 24, 111–122.

Donohue, B. y Van Hasselt, V.B. (1999). Development and description of an empirically based ecobehavioral treatment program for child maltreatment. *Behavioral Interview*, 14, 55-82.

Dove, M.K. y Miller, K.L. (2007). Child sexual abuse: What every educator should know. *Delta, Kappa, Gamma Bulletin*. 21-45.

Dubowitz, H., Papas, M. A., Black, M.M. y Starr, R, H. (2002). Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatric*, 109 (6), 1100-1107.

Dufor, S. y Chamberland, C. (2004). The effectiveness of selected interventions for previous maltreatment enhancing the well-being of children who live at home. *Family Social Work*, 9, 39–56.

D´Zurilla, T. (1990). *Terapia de Resolución de Conflictos*. Desclée de Brower: Bilbao.

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. y Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-Year Prospective study. *The Breast Journal*, 10, 223–231.

Ertem, I.O., Leventhal, J.M. y Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse: How good is the evidence?. *Lancet* , 356, 814–19.

Finzi, R., Har Even, D., Shnit, D. y Weizman, A. (2002). Psychosocial characterization of physically abused children from low socioeconomic households in comparison to neglected and nonmaltreated children. *Journal of Children and Family Studies* 11(4), 441–453.

Fire, V. J. (2002). Child abuse: Recognition and resolution. *Journal of Engineer*, 155, 20-26.

Firth-Cozenz, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, 295, 5333-536.

Firth-Cozens, J. (1993). Stress, psychological problems, and clinical performance. En: Vincent, C., Ennis, M. y Audley, R. (Eds.), *Medical accidents*. Reino Unido: Oxford University Press .

Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., DÓnofrio, C., Banks, P. y Blomm, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychoncoloy*, 15, 579-594.

Gill, R. y O´Carol, P. (2004). Cognitive behavioral psychotherapy intervention in childhood abuse: indentifying new directions from the literature. *Child Abuse Review*, 13, 51-64.

Gutiérrez, M., Martínez, S. (2006). Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. *Salud de los trabajadores*, 14 (1), 19-30.

Hansen, D. (1994). Treatment adherence of maltreating families: A survey of professionals regarding prevalence and enhancement strategies. *Journal of Family Violence*, 9, 1-19.

Helms, R., O Hea, E. y Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology Health and Medicine*, 13, 313-325.

Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la Salud Psicológica: Niños socialmente competentes*. México: Facultad de Psicología, UNAM.

Hidalgo, C., y Abarca, M. N. (1999) *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Chile: Alfaomega.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. y Ghazal, S. A. (2001). Body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37,189-197.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información, INEGI (2009). Recuperado el 12 de enero de 2012. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/cancer09.asp?s=inegi&c=2680&ep=9>.

Instituto Nacional del Cáncer de EEUU; recuperado el 21 de abril de 2012 de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>.

Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. y Sakano, Y. (2004). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in childrens and adolsecents. A metaanalysis. *Children and Adolescences Mental Health*, 12(4), 164-172.

Johnsoti, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Ehrensaft, M.K. y Crawford, T.N. (2006). Associations of parental personality disorders and axis I disorders with childrearing behavior. *Psychiatry*, 69, 336-350.

Jurado, S; Villegas, M.E; Méndez, L; Rodriguez, F; Loperena, V y Varela, R. (1998). La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3), 26-31.

Kapur, N., Borrill, C. y Stride, C. (1999). Psychological morbidity and job satisfaction in hospital consultants and junior doctors: a multicentre cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 317, 511–12.

Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2000). *Investigación del comportamiento; Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGrawHill.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L. y Mercy, J.A. (2002). World Report on Violence and Health, recuperado el 28 de mayo de 2010 de [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia\\_2003.htm](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm).

Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L. (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México. (pp. 3-19): Thompson.

Lama, M.A. (2007). Impacts of physical and psychological abuse of children on family demographic variables. *Journal of Social Science*, 3, 232-236.

León, P.C., Barthe, E., Roviroso, A., Farrú, B., Casas, F., Verger, E., Biete, A., Craven-Batles, J. y Arcusa, A. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecological and breast brachytherapy patients. *Psychoncology*, 16, 971-979.

Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3, 275-281.

Loredo, A.A. y Perea, M.A. (2004). Maltrato al menor. Indicadores clínicos y sociales asociados al maltrato infantil severo. *Acta Pediátrica Mexicana* 25 (4), 221-227.

Loredo, A.A., Perea, M.A., López, N.G., Jordán, N. G. y Trejo, H.J. (2007). Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. *Acta Pediátrica Mexicana* 28 (5), 193-197.

Loredo, A.A., Trejo, H.J., García, P.C., López, N.E., Perea, A., Casimiro V.A., Melquiadez, I. y Martín, V. (2009). La clínica de atención al niño maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66,283-292.

Lewin, D. y Herron, H. (2006). Signs, symptoms and risk factors: Health visitors' Perspectives of child neglect. *Child Abuse Review*; 16, 154-174.

Lindell, C. y Svedin, C.G. (2005). Mental health services provided for physically abused children in Sweden. A 4-year follow-up of child and adolescent psychiatric charts. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 179-185.

Maguire, A (1998). Surgery and loss of body parts. *British Medical Journal*, 31, 121-137.

Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. y Rivera, E. (2005). Adicciones depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la faculta de medicina, UNAM*, 48 (5), 197-197.

Más, R., Escribá V., y Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: Un estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2(4), 159-167.

Masten, A. S., y Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: pathways toward a comprehensive science of adaption indevelopment. *Development and Psychopathology*, 12(3), 529-550.

Menen, F. (2000). Psychological symptoms in a sample of latino abused children *Journal Of Multicultural Social Work*, 34 (8), 193-213.

Messman-Moore, T.L. y Coates, A.A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 75-92.

Monga, S., Young, A. y Owens, M. (2009). Evaluating a CBT group program for anxious five to seven years old children. *Development. and Anxiety*, 26, 243-250.

Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.

National Institute for Occupational Safety and Health, (2008). Exposure to stress and hazardz in hospitals., Departament of health and human service. Centers of disease, control and prevention Ohio, EEUU, recuperado el 05 de noviembre de 2008 de: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>

Nezu, M., A, Nezu, C.M. y Lombardo, E. (2004). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque Basado en Problemas*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud, (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, recuperado el 17 de abril del 2011 de <http://www.paho.org/spanish>

Organización Mundial de la Salud, (2004). Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo – Pruebas para la Acción, recuperado el 19 de mayo de 2011 de <http://www.paho.org/spanish>:

Organización Mundial de la Salud, (2009). Cáncer. Nota descriptiva N°297; recuperado el 12 de enero de 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>).

Payne, R. (1999). Stress at work: a conceptual framework. *En Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. en J. Firth-Cozenz y R. Payne (Eds.), (pp.3-16), Nueva York: John Wiley.

Pereyra, M. (2004). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 213-254) México: Thompson.

Perry, M.A., Doran, L.D. y Wells, E. A. (1993). Developmental and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of Clinic Child Psychology*, 12, 320-324.

Polonko, K. (2006). Exploring assumptions about child neglect in relation to the broader field of child maltreatment. *JHSA*, 260-284.

Powell, J., Cheng, V.K., Egeland, B. (1995). Transmisión del maltrato de padres a hijos. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 99-110.



Rafanello, D. (2010). Child abuse prevention and report its every one's responsibility. *Exchange*, 50-53.

Repetti, R.L., Taylor, S.E. y Seeman, T.S. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of the offspring. *Psychological Bulletin*, 28 (2), 330-366.

Reynolds, C.R y Richmond, B.O. (1985). *Escala de Ansiedad Manifiesta en niños revisada (CMAS-R)*. México: Manual Moderno.

Robles, G.R (2009). Manejo de enfermedades crónicas y terminals. En Psicología de la Salud y Calidad de Vida. En Oblitas, L. (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 249-275). México: Thompson.

Rodríguez, M.C. (2003). Parental discipline and abuse potential affects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65, 809–817.

Rodriguez-Srednicki, O. y Twaite, J.A. (2004). Understanding and reporting child abuse: legal and psychological perspectives. Part one: physical abuse, sexual abuse, and neglect. *Journal of Psychiatry & Law*, 32, 315-359.

Rodríguez, B.L. (1984). Medicina Conductual: su definición y aplicación. *Revista Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento*. 2, (1), 1-17.

Rodriguez-Ortega, G. (2010) Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*,1(1), 5-12.

Rout, U. (1998) Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud*. (pp. 33-53) Barcelona: Paidós.

Rowland, J., Hollan, J. (1989). Breast Cancer. En Hollan J. (Ed.), *Handbook of psychooncology, psychological care of the patient with cancer* (p.p. 188-205). Nueva York: University Press.

Santana, T.R., Sánchez, A. R. y Herrera, E. B. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica de México*, 40 (1), 1-8.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Social Sciences & Humanities*. Oxford.

Scribano, P. (2010) Prevention strategies on child maltreatment. *Current Opinion in Pediatrics*, 22, 616-620.

Scwartz, G. E.y Weiss, S. M. (1978) Yale Conference of Behavioral Medicine A proposed definition and Statetment Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.

Sebastian, J., Manos, D., Bueno, M. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes de una intervención psicosocial. *Clínica y Salud* 18(2), 137-161.

Serna, V. (2002). *El cancer. Epidemiología, etiología, diagnostico y prevención*. Madrid: Ediciones Harcout.

Shipman, K. y Taussig, H. (2009) Mental health, treatment of child abuse and neglect. The promise of evidence-based practice. *Pediatric Clinical Nursing*, 417-428.

Shoenberg, P. (2007). *Psychosomatics the use of psychoterapy*. Palgrave Mc Millan: Nueva york.

Silverman, W.K., Ortiz, C.D. y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 156–183.

Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno (p. 113-133).

Staudt, M.M. (2001). Psychopathology, peer relations, and school functioning of maltreated children: A literature review. *Child & Schools*, 23, 85-100.

Stavrianos, C., Stavrianou, D. y Stavrianou, Kafas P. (2009). Child neglect: a review *The Internet Journal of Forensic Science*, 4 (1), 1-10-

Stewart, C., Mezzic, A. y Day, B. (2006). Parental psychopatology and paternal child neglect in late childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (5), 543-554.

Tatrow, K., Montgomery, G. (2005). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 185-225.

Touza, G.C. (2005). La familia y el aprendizaje de los malos tratos *Educació i Cultura*, 18, 215-224.

Tyler, S., Allison, K. y Wisler, A. (2006). Child neglect: Developmental consequences, intervention, and policy implications. *Child & Youth Care Forum*, 35(1), 1-20.

US Department of Health & Human Services. Administration on children, youth and families. The AFCARS report preliminary FY 2006 estimates as of January 2008, recuperado el 2 de marzo de 2010 en: [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats\\_research/afcars/tar/report14.htm](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/afcars/tar/report14.htm),

Nava, C., Anguiano, S. y Vega, Z. (2004). Fiabilidad del Inventario de Estrés Cotidiano: estudio transcultural. *Psicología Conductual*, 12, 532-535.

Vincent, C. (1999). Fallibility, uncertainty and the impact of mistakes and litigations En *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. En J. Firth-Cozenz y R. Payne (Eds.), (pp. 63-78), Nueva York: John Wiley.

Walker, E., Downey, G. y Bergman, A. (1989) The Effects of parental psychopathology and maltreatment on child behavior: A test of the diathesis-Stress model. *Child Development*, 60, 15-24.

Wekerle, C., Miller, A.L., Wolfe, A. y Spindel, C. B. (2007). *Maltrato Infantil*. México: Manual Moderno.

Whittinger, N, S. (2007). Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46, 179-187.

Wienclaw, R. (2009). Child abuse research starters: Academic topic overview, *Ebsco Publishing*, 1-5.

Wilson, D.R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives on Psychology Care*, 46, 56-64.

Wolfe, A. y Yuan, L. (2001) A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance, Ottawa, recuperado el 28 de mayo de 2010 de Minister of Public Works and Government Services.[http://www.ispcan.org/CMDData/documents/Conceptual\\_framework\\_child\\_maltreatment.pdf](http://www.ispcan.org/CMDData/documents/Conceptual_framework_child_maltreatment.pdf)

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

# 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

EDITORIAL  
EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.  
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo  
06100 México, D.F.

Nota: Este Inventario está impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Edad\_\_\_\_\_Sexo\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cual de las afirmaciones de cada grupo describen mejor sus sentimientos durante la última semana, incluidos el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de cada afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una oración que considera aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

0 Yo no me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.

3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1 Me siento desanimado de cara al futuro.

2 Siento que no hay nada porque luchar

3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más que la mayoría de las personas en general.

2 Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro

3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

0 Las cosas no me satisfacen tanto como antes

1 No disfruto de las cosas tanto como antes

2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas

3 Estoy insatisfecho y aburrido con respecto a todo

0 No me siento especialmente culpable

1 Me siento culpable en bastantes ocasiones

2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

3 Me siento culpable constantemente

0 No creo que esté siendo castigado

1 Siento que quizá esté siendo castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

0 No estoy descontento de mi mismo

1 Estoy descontento de mi mismo

2 Estoy a disgusto conmigo mismo

3 Me detesto

0 No me considero peor que cualquier otro

1 Me autocrítico por mi debilidad y por mis errores

2 Continuamente me culpo por mis fallas

3 Me culpo por todo lo malo que sucede

0 No lloro más de lo normal

1 Ahora lloro más que antes

2 Lloro continuamente

3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

0 No lloro más de lo normal

1 Ahora lloro más que antes

2 Lloro continuamente

3 Ahora no me irritan en lo absoluto cosas que antes me molestaban

0 No he perdido el interés por los demás

1 Estoy menos interesado en los demás que antes

2 He perdido gran parte del interés en los demás

3 He perdido todo el interés por los demás

0 Tomo mis propias decisiones igual que antes

1 Evito tomar decisiones más que antes

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

3 Me es imposible tomar decisiones

0 No creo tener peor aspecto que antes

1 Estoy preocupado porque parezco poco atractivo

2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo

3 Creo que tengo un aspecto horrible

0 Trabajo igual que antes

1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo

2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo

3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea



### ANEXO 3

## CUESTIONARIO DE IMAGEN COPORAL

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. y Ghazal, S. A.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En este cuestionario se le preguntara acerca de cómo se siente con su apariencia a partir del diagnóstico de su enfermedad (cáncer) o de que haya recibido tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.), por favor lea cada pregunta cuidadosamente y marque con una X la respuesta que más se aproxime a lo que usted ha sentido durante la última semana.

	Nunca	A veces	Frecuente mente	Muy frecuente mente
1.- ¿Se ha sentido inseguro (a) debido a su apariencia?				
2.- ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva/atractivo como resultado de su enfermedad o tratamiento?				
3.- ¿Se ha sentido insatisfecha/insatisfecho con su imagen cuando esta vestida/vestido?				
4.- ¿Se ha sentido menos femenina/masculino como resultado de su enfermedad o tratamiento?				
5.- ¿Le es difícil mirarse a sí mismo cuando está desnuda/desnudo?				
6.- ¿Se ha sentido menos atractiva/atractivo sexualmente debido a su enfermedad o tratamiento?				
7.- ¿Ha evitado a la gente debido a la forma en que se siente con su apariencia?				
8.- ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
9.- ¿Se ha sentido insatisfecho/insatisfecha con su cuerpo?				
10.- ¿Se ha sentido insatisfecho/insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				

¡Gracias por su participación!

## ANEXO 4

### Registro de Pensamientos

#### Instrucciones para llenar el registro de pensamientos

SITUACION	EMOCION	PENSAMIENTO O IMAGEN	CUESTIONAMIENTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCIÓN
¿Qué sucedió? ¿Con quién estaba presente? ¿Qué estabas haciendo? ¿Cuándo fue? ¿Dónde estaba?	Escribe que sentiste con una palabra (por ejemplo tristeza, frustración, culpa) Estima la intensidad de la emoción del 0 al 100%	¿Qué ideas pasaban por mi cabeza justo antes de sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mi vida y sobre mi futuro? ¿A que le tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir si eso fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría acerca de lo que otras personas piensan o sienten acerca de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos de mi mismo tengo de esta situación? <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <b>Rodea el pensamiento de alta tensión</b> </div>	1.- ¿Qué pruebas hay de lo que estoy pensando? 2.- ¿Qué evidencia a favor y qué evidencia en contra tengo acerca de lo que pienso? 3.- ¿Qué explicaciones alternativas puede haber? 3.- ¿Qué ventajas e inconvenientes tienen los pensamientos distorsionados? 4.- ¿Qué le diría yo a alguien que yo estimo su tuviera ese pensamiento? 5.- ¿Me estoy culpando por algo que no estaba sobre mi control?	Con la información anterior formula pensamientos alternativos	Vuelve a escribir y estimar las emociones que escribiste en la segunda columna Escribe cualquier otra emoción que surja y califícala del 0 al 100%

#### Realiza tu propio registro de pensamientos

SITUACION	EMOCION	PENSAMIENTO O IMAGEN	CUESTIONAMIENTO	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCIÓN

## ANEXO 5

### Instrucciones de relajación

#### **INSTRUCCIONES PARA LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA**

Si ya te has puesto cómodo, vamos a comenzar los ejercicios de relajación. Para ello vamos a iniciar la respiración profunda; debes introducir lentamente aire por la nariz y al mismo tiempo, vas dilatando lentamente el abdomen, y cuando tengas los pulmones llenos sueltas también el aire muy despacio por la boca. Vamos a hacerlo varias veces (3 ó 4 veces).

Vamos a centrarnos ahora en grupos de paquetes musculares y los iremos relajando progresivamente.

##### *-- 1er grupo muscular:*

Concéntrate en tu puño izquierdo, apriétalo fuerte y céntrate en los puntos de mayor tensión. Basta. Céntrate ahora en el alivio que experimentas y fíjate en la diferencia que sientes entre tensión y relajación.

Repite el ejercicio otra vez.

Ahora vas a hacer lo mismo con tu puño derecho. Aprieta fuertemente..., ahora relaja los músculos y céntrate en el alivio que experimentas.

Repite el ejercicio. Céntrate en la diferencia entre tensión y relajación.

Ahora vas a trabajar con tu brazo izquierdo, para ello llévate la muñeca hasta el hombro, aprieta. Siente la tensión... basta, deja el brazo caer lentamente. Céntrate en el alivio que experimentas. Repite el ejercicio.

Trabaja ahora con el brazo derecho, haz lo mismo... y siente el alivio que se produce cuando aflojas los músculos. Repite el ejercicio.

##### *-- 2do grupo muscular:*

Ahora trabajamos los hombros, para ello levanta los hombros hacia las orejas..., basta, afloja los músculos, siente el alivio. Repite.

Trabajamos el cuello, intenta tocarte el pecho con la barbilla... aprieta... basta, relaja el cuello y siente la sensación de alivio que se produce. Repite.

Aprieta la cabeza hacia atrás para trabajar con la nuca, aprieta... vale, ahora deja de apretar y céntrate en el alivio. Repite.

Trabajamos la frente, levanta las cejas hacia arriba, siente la tensión... basta, ahora relaja la frente, siente el alivio que experimentas. Repite.

Cierra fuertemente los párpados para trabajar los músculos de los ojos, aprieta...basta, céntrate en el alivio. Repite.

Ahora trabaja las mejillas, para ello simula una risa forzada, las comisuras de tus labios se clavan en tus mejillas, aprieta... basta, relájalas, siente el alivio que experimentas. Repite.

Trabaja ahora la mandíbula, aprieta los dientes... basta, ahora relaja la mandíbula y siente el bienestar que se produce. Repite.

Trabajamos ahora la lengua, colócala contra el paladar y aprieta fuertemente... basta, ahora afloja la tensión, siente el alivio y céntrate en la diferencia entre tensión y relajación. Repite.

Aprieta los labios fuertemente (sin moderarlos)... basta, relájalos, sientelos flojos, muy flojos. Repite.

##### *-- 3er grupo muscular:*

Hacemos un arco con la columna, saca el tronco hacia fuera y céntrate donde notas mayor tensión... afloja el tronco. Repite.

Trabajamos ahora el pecho. Toma aire, retiene el aire 3 segundos y expúlsalo despacio, céntrate en el alivio que sientes. Repite.

Ahora trabaja el abdomen, para ello intenta tocarte con el ombligo la parte trasera de tu cuerpo... basta, afloja. Repite.

##### *-- 4to. grupo muscular:*

Levanta la pierna izquierda dirigiendo la punta del pie hacia tu cuerpo...basta, dejala relajada, siente el bienestar que experimentas. Repite.

Haz lo mismo con tu pierna derecha. Repite.

Para finalizar vas a realizar de nuevo la respiración abdominal profunda, toma aire lentamente, nota como se hincha el abdomen, y expúlsalo muy despacio. Repite varias veces (3 ó 4 veces).

Pasos para la respiración diafragmática

**PASO 1 LA POSTURA ADECUADA:** Mantén tu espalda recta, relaja tus hombros y cuello e inclina ligeramente tu cabeza hacia el frente (Trata de que te sientas cómodo con esa posición y no tenso), si lo prefieres cierra tus ojos.

**PASO 2 LA INHALACIÓN:** Inhala profundamente y trata de llevar el aire hasta el abdomen, puedes imaginar que es un globo al que intentas llenar con aire, permite que se expanda lo más posible. Intenta que tus hombros y tu pecho no se muevan.

**PASO 4 MANTEN:** el aire que has inhalado unos segundos dentro (2-3).

**PASO 5 LA EXHALACIÓN:** Exhala despacio y observa como el diafragma vuelve a su sitio (el abdomen se contrae, imagina que el globo se quedó sin aire).

**PASO 6 INHALA Y EXHALA:** Inhala profundamente de nuevo, intenta concentrarte en tu respiración sin utilizar los hombros y el pecho, exhala muy despacio.

**REPITE UNAS CINCO O SEIS VECES**

#### INSTRUCCIONES DE ENTRENAMIENTO AUTÓGENO

“ Mi brazo derecho está pesado”

“Mi brazo derecho está caliente”

“Mi corazón late tranquilo y fuerte”

“Mi respiración es tranquila”

“Mi plexo solar irradia calor”

“Mi frente está agradablemente fresca”

**ANEXO 6**  
**Registro de Conductas Positivas**

**Instrucciones:**

Marca con una X los días de la semana en que realices las siguientes conductas, puedes poner más de una X en el día si realizaste la conducta en más de una ocasión.

Conducta	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>Mirarme al espejo</b> 							
<b>Bañarme</b> <b>Asear mi herida</b> <b>Ponerme crema Corporal</b> 							
<b>Tuve algún contacto con mis familiares y amigos</b> 							

## ANEXO 7

### Criterios de Análisis de Validación de los Reactivos del Instrumento "Fuentes de Estrés en Personal de Salud".

Reactivo	Sesgo Normal (Entre -.5 y +.5)	t de Student	Direccionalidad	Correlación con el total de la prueba	Alpha de Cronbach si se elimina	Carga factorial y factor al que pertenece
1.- El grado de responsabilidad como profesional de la salud	-.338 (Si)	6.61**	Si	.493	.930	.718(II)
2.- La falta de cooperación entre los miembros del equipo de trabajo	-.112(Si)	5.75**	Si	.443	.931	.539(IV)
3.- Las expectativas del paciente que no se pueden cumplir	-.219(Si)	3.76**	No	.329	.932	Ninguno
4.- El que NO haya recursos económicos suficientes para el desarrollo profesional	-.388(Si)	5.69**	No	.424	.931	Ninguno
5.- Las largas horas de atención a pacientes	.228(Si)	6.71**	Si	.544	.930	Ninguno
6.- Los familiares poco cooperativos	.061(Si)	8.09**	Si	.597	.929	Ninguno
7.- La presión para no cometer errores en la atención del paciente	-.120(Si)	8.49**	No	.587	.929	.718(II)
8.- El tratar con enfermedades crónicas	.218(Si)	6.44**	Si	.529	.930	.618(II)
9.- La presión en el tiempo para resolver problemas urgentes	-.101(Si)	6.52**	No	.544	.930	.665(II)
10.- El que existan conflictos interpersonales con compañeros de trabajo	.292(Si)	5.39**	No	.484	.930	.848(III)
11.- La sobrecarga de trabajo	-.224(Si)	6.36**	No	.577	.929	.648(III)
12.- Si existen malas relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo	.148(Si)	6.33**	Si	.535	.930	.806(III)
13.- La falta de incentivos económicos	.252(Si)	9.11**	Si	.596	.929	.652 (I)
14.- La falta de reconocimiento por el trabajo realizado	.224(Si)	10.00**	Si	.614	.929	.552(I)

\*p < .05 \*\*p < .01

Reactivo	Sesgo Normal (Entre -.5 y +.5)	t de Student	Direccionalidad	Correlación con el total de la prueba	Alpha de Cronbach si se elimina	Factor al que pertenece
15.- La falta de oportunidades de desarrollo profesional	-.121(Si)	10.89**	No	.640	.928	.506(I)
16.- La burocracia que existe dentro de la organización del hospital	-.486(Si)	7.38**	Si	.582	.929	.777 (I)
17.- El que NO haya recursos económicos suficientes para la atención	-.237(Si)	9.23**	No	.626	.929	Ninguno
18.- Las expectativas de los familiares que no se pueden cumplir	.102(Si)	7.03**	No	.538	.930	Ninguno
19.-El NO contar con el medicamento y material médico suficiente	-.366(Si)	7.67**	No	.620	.929	.663(I)
20.-El tener que realizar procedimientos administrativos	.085(Si)	4.45**	Si	.402	.932	.725(I)
21.- El que exista desorganización dentro de la institución médica	-.179(Si)	6.50**	No	.564	.929	.609(I)
22.- Las relaciones con los colegas más experimentados	.572(Si)	8.22**	Si	.590	.929	Ninguno
23.- Los pacientes poco cooperativos	.160(Si)	6.01**	No	.541	.930	Ninguno
24.- El que exista competencia grupal	.773(No)	7.14**	No	.581	.929	.722(IV)
25.-La falta de comunicación entre el equipo de trabajo	.040(Si)	7.58**	Si	.600	.929	Ninguno
26.- El tratar con la muerte	.893(No)	5.61**	No	.501	.930	Ninguno
27.- Las exigencias de los colegas de mayor jerarquía	.075(Si)	7.19**	Si	.568	.929	.689(IV)
28.-La falta de personal	-.116(Si)	8.78**	No	.630	.928	Ninguno
29.- El NO contar con espacios adecuados para la atención médica	-.049(Si)	8.72**	Si	.586	.929	.610 (I)

\*p < .05 \*\*p < .01

**ANEXO 8**  
**FUENTES DE ESTRÉS EN PROFESIONALES DE LA SALUD**

Por favor marque con una X indicando el grado en que cada uno de los siguientes aspectos de su profesión contribuyen a que usted se sienta estresado (a) de acuerdo a los cinco puntos de la siguiente escala (Recuerde que NO hay respuestas correctas e incorrectas y que la información proporcionada es absolutamente anónima y sólo será utilizada con fines de investigación):

4= Mucho

1= Nada

En mi profesión me siento estresado por....	4 M	3	2	1 N
1.-El grado de responsabilidad como profesional de la salud				
2.-La falta de cooperación entre los miembros del equipo de trabajo				
3.-La presión para no cometer errores en la atención del paciente				
4.-El tratar con enfermedades crónicas				
5.-La presión en el tiempo para resolver problemas urgentes				
6.-El que existan conflictos interpersonales con compañeros de trabajo				
7.-La sobrecarga de trabajo				
8.-Si existen malas relaciones interpersonales en el ambiente de trabajo				
9.-La falta de incentivos económicos				
10.-La falta de reconocimiento por el trabajo realizado				
11.-La falta de oportunidades de desarrollo profesional				
12.-La burocracia que existe dentro de la organización del hospital				
13.-El NO contar con el medicamento y material médico suficiente				
24.-El tener que realizar procedimientos administrativos				
15.-El que exista desorganización dentro de la institución médica				
16.-El que exista competencia grupal				
17.-Las exigencias de los colegas de mayor jerarquía				
18.-El NO contar con espacios adecuados para la atención médica				

SEXO: (M) (F) EDAD: \_\_\_\_\_

PUESTO: (MÉDICO ADSCRITO) (MÉDICO RESIDENTE, AÑO \_\_\_\_\_) (MEDICO INTERNO)  
(ENFERMERA (O))

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



## ANEXO 9

### Examen de conocimientos “Taller: Cómo ser mejores Padres” Modulo I Pre-test

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
Escala \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Niños a tu cuidado indicando sexo y edades \_\_\_\_\_



#### Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo Conductuales” Evaluación Inicial de Conocimientos MÓDULO I

Queremos conocer sus conocimientos previos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere la respuesta correcta.

1. ¿Cuál es la estrategia de crianza más adecuada para promover el bienestar emocional de un niño?
  - a) Tener numerosas reglas, mucha supervisión y controlar la mayoría de las acciones e interacciones del niño
  - b) Tener algunas reglas básicas, supervisión moderada y permitir que el niño tenga control sobre sus acciones e interacciones
  - c) Tener pocas reglas, poca supervisión y permitir que el niño controle la mayoría de sus acciones e interacciones
2. ¿Cuál es el lenguaje corporal más adecuado para dar una instrucción efectiva a un niño?
  - a) Mirada presente, voz firme, cara neutral
  - b) Mirada ausente, voz suave, cara contenta
  - c) Mirada penetrante, tono de voz elevado, cara enojada/desaprobatoria
3. ¿Cuál es la forma más adecuada de disminuir un berrinche de un niño?
  - a) Darle lo que pide
  - b) Dar una nalgada, un manazo, etc.
  - c) Ignorarlo y realizar pérdida de privilegios
4. ¿Cuál es la forma más adecuada para aumentar una buena conducta de un niño y al mismo tiempo promover su autoestima?
  - a) Comprar un juguete o dar dinero
  - b) Hacer una actividad recreativa juntos (cine, parque, jugar, etc.)
  - c) Elogiar, sonreír, prestar atención
5. ¿Cuál es el aspecto más importante para promover el bienestar emocional de un niño?
  - a) Confianza
  - b) Aceptación incondicional
  - c) Disciplina

## ANEXO 10

### Examen de conocimientos “Taller: Cómo ser mejores Padres” Modulo I Post-Test



Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Niños a tu cuidado indicando sexo y edades: \_\_\_\_\_

**Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo Conductuales”**  
**Evaluación Posterior de Conocimientos**  
**MÓDULO I**

Queremos conocer sus nuevos conocimientos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere es la respuesta correcta.

1. ¿Cuál es la estrategia de crianza más adecuada para promover el bienestar emocional de un niño?
  - d) Tener numerosas reglas, mucha supervisión y controlar la mayoría de las acciones e interacciones del niño
  - e) Tener algunas reglas básicas, supervisión moderada y permitir que el niño tenga control sobre sus acciones e interacciones
  - f) Tener pocas reglas, poca supervisión y permitir que el niño controle la mayoría de sus acciones e interacciones
  
2. ¿Cuál es el lenguaje corporal más adecuado para dar una instrucción efectiva a un niño?
  - d) Mirada presente, voz firme, cara neutral
  - e) Mirada ausente, voz suave, cara contenta
  - f) Mirada penetrante, tono de voz elevado, cara enojada/desaprobatoria
  
3. ¿Cuál es la forma más adecuada de disminuir un berrinche de un niño?
  - d) Darlo lo que pide
  - e) Dar una regañada, un mandado, etc.
  - f) Ignorarlo y realizar pérdida de privilegios
  
4. ¿Cuál es la forma más adecuada para aumentar una buena conducta de un niño y al mismo tiempo promover su autoestima?
  - d) Comprar un juguete o dar dinero
  - e) Hacer una actividad recreativa juntos (cine, parque, jugar, etc.)
  - f) Regalar, sonreír, prestar atención
  
5. ¿Cuál es el aspecto más importante para promover el bienestar emocional de un niño?
  - d) Confianza
  - e) Aceptación incondicional
  - f) Disciplina

#### Evaluación del Módulo

Por favor, marque con una "X" la opción que corresponde a su opinión...

	Mucho	Mas o menos	Poco	Nada
¿Le gustó el módulo?				
¿Aprendió cosas nuevas?				
¿Qué tanto lo recomendaría?				
¿Qué tan claro fue?				

Comentarios o sugerencias: \_\_\_\_\_

**ANEXO 11**  
**Examen de conocimientos “Taller: Cómo ser mejores Padres”**  
**Modulo II Pre-Test**

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Niños a tu cuidado indicando sexo y edades \_\_\_\_\_



**Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo Conductuales”**  
**Evaluación Inicial de Conocimientos**  
**MÓDULO II**

Queremos conocer sus conocimientos previos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere la respuesta correcta.

1. ¿Cuáles son los cuatro aspectos que influyen en nuestras emociones?
  - a) pensamiento, conducta, ambiente, las respuestas fisiológicas
  - b) lo que la gente piensa de nosotros, lo que nos ocurre a lo largo del día, el estrés, estar con tus seres queridos
  - c) pensamiento, conducta, estrés, lo que nos ocurre a lo largo del día
  
2. ¿Cuáles son las dimensiones básicas de las emociones?
  - a) Tipo, magnitud y expresión
  - b) Negativas, positivas y neutrales
  - c) frecuencia, duración e intensidad
  
3. ¿Cómo podemos modificar nuestras emociones desadaptativas?
  - a) cambiar mi conducta
  - b) cambiar mi pensamiento
  - c) platicar con alguien más acerca de cómo me siento
  
4. ¿Qué tipo de respiración es la más efectiva para relajarnos?
  - a) Respiración torácica
  - b) Respiración cardíaca
  - c) Respiración diafragmática
  
5. ¿Cuál es el aspecto básico para solucionar problemas?
  - a) Lluvia de ideas
  - b) Tener el apoyo de otros
  - c) Pensar positivamente

## ANEXO 12

### Examen de conocimientos “Taller: Cómo ser mejores Padres”

#### Modulo II Post-Test

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Niños a la cuidado indicando sexo y edades \_\_\_\_\_



Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo Conductuales”  
Evaluación Posterior de Conocimientos  
MÓDULO II

Queremos conocer sus nuevos conocimientos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere es la respuesta correcta

1. ¿Cuáles son los cuatro aspectos que influyen en nuestras emociones?
  - a) pensar bienlo, conducta, ambiente, las respuestas fisiológicas
  - b) lo que la gente piensa de nosotros, lo que nos ocurre a lo largo del día, el estrés, estar con tus seres queridos
  - c) pensamiento, conducta, estrés, lo que nos ocurre a lo largo del día
2. ¿Cuáles son las dimensiones básicas de las emociones?
  - a) Tipo, magnitud y expresión
  - b) Negativas, positivas y neutrales
  - c) Frecuencia, duración e intensidad
3. ¿Cómo podemos modificar nuestras emociones desadaptativas?
  - a) cambiar mi conducta
  - b) cambiar mi pensamiento
  - c) hablar con alguien más acerca de cómo me siento
4. ¿Qué tipo de respiración es la más efectiva para relajarnos?
  - a) Respiración torácica
  - b) Respiración cardíaca
  - c) respiración diafragmática
5. ¿Cuál es el aspecto básico para solucionar problemas?
  - a) Lluvia de ideas
  - b) Tener el apoyo de otros
  - c) Pensar positivamente

#### Evaluación del Módulo

Por favor, marque con una “X” la opción que corresponde a su opinión

	Mucho	Más o menos	Poco	Nada
¿Le gustó el módulo?				
¿Aprendió cosas nuevas?				
¿Qué tanto lo recomendaría?				
¿Qué tan clara fue?				

Comentarios o sugerencias

**ANEXO 13**  
**Examen de Conocimientos del Taller: “Cómo ser mejores Padres”**  
**Módulo III Pre-Test**

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
Etnicidad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Niños a tu cuidado indicando sexo y edades \_\_\_\_\_



**Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo-Conductuales”**  
**Evaluación Inicial de Conocimientos**  
**MÓDULO III**

Queremos conocer sus conocimientos previos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere la respuesta correcta.

1. ¿Qué es la asertividad?  
\_\_\_\_\_
  
2. ¿Cuál de las tres opciones tiene el impacto más profundo en la autoestima de un niño?  
a) Ordenar  
b) Amenazar  
c) Criticar y ridiculizar
  
3. ¿Qué tipo de mensajes fomentan que tus hijos muestren empatía hacia tus emociones?  
a) Mensajes “Yo”  
b) Mensajes “Tú”  
c) Mensajes “Nosotros”
  
4. ¿Cuál es la forma más efectiva de facilitar la comunicación con los hijos?  
a) Consejarlo  
b) Talarlo  
c) Escucharlo
  
5. ¿Cuál es el primer paso para solucionar adecuadamente un conflicto con tu hijo?  
a) Dar una solución  
b) Dejar que se exprese  
c) Explicarle la situación

## ANEXO 14

### Examen de Conocimientos del Taller: “Cómo ser mejores Padres” Módulo III Post-Test y Evaluación de Satisfacción de Taller

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( ) Edad \_\_\_\_\_  
Evolución \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Niños a tu cuidado indicando sexo y edades \_\_\_\_\_



Taller “Cómo Ser Mejores Padres – Estrategias Cognitivo Conductuales”  
Evaluación Posterior de Conocimientos  
MÓDULO III

Queremos conocer sus nuevos conocimientos acerca de los temas que componen este módulo, por favor responda de acuerdo a lo que considere es la respuesta correcta.

6. ¿Qué es la usabilidad?

\_\_\_\_\_

7. ¿Cuál de las tres opciones tiene el impacto más profundo en la autoestima de un niño?

- a) Ordenar
- b) Amenazar
- c) Criticar y ridiculizar

8. ¿Qué tipo de mensajes fomentan que tus hijos muestren empatía hacia tus emociones?

- a) Mensajes “Yo”
- b) Mensajes “Tú”
- c) Mensajes “Nosotros”

9. ¿Cuál es la forma más efectiva de facilitar la comunicación con tus hijos?

- a) Adorarlo
- c) Educarlo
- e) Escucharlo

10. ¿Cuál es el primer paso para solucionar adecuadamente un conflicto con tu hijo?

- a) Dar una solución
- b) Dejar que se exprese
- c) Explicarle la situación

#### Evaluación del Módulo

Por favor, marque con una “X” la opción que corresponde a su opinión...



	Mucho	Más o menos	Poco	Nada
¿Le gustó el módulo?				
¿Aprendió cosas nuevas?				
¿Qué tanto lo recomendaría?				
¿Qué tan clara fue?				

Comentarios o sugerencias

**ANEXO 15**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO I**  
**(Estrategias de Crianza y Límites)**

**DISCUTIENDO Y ACORDANDO LAS REGLAS EN PAREJA**

**Instrucciones:** El siguiente formato, tiene como objetivo que tanto papá como mamá den sus propuestas de reglas para que después sean discutidas en pareja y se acuerde cuáles serán implementadas definitivamente.






Alternativas de mamá 	Alternativas de papá 	Regla que se acordó en pareja y se deberá cumplir de forma definitiva (Recuerda que las reglas deben ser constantes, sin embargo si las circunstancias los ameritan también se puede ser flexible ante la regla y esta puede negociarse, lo único no negociable es lo que ponga en riesgo la seguridad y bienestar del niño)

FIRMA DE CONFORMIDAD DE MAMÁ

FIRMA DE CONFORMIDAD PAPÁ

**Consecuencias Positivas y Pérdida de Privilegios**

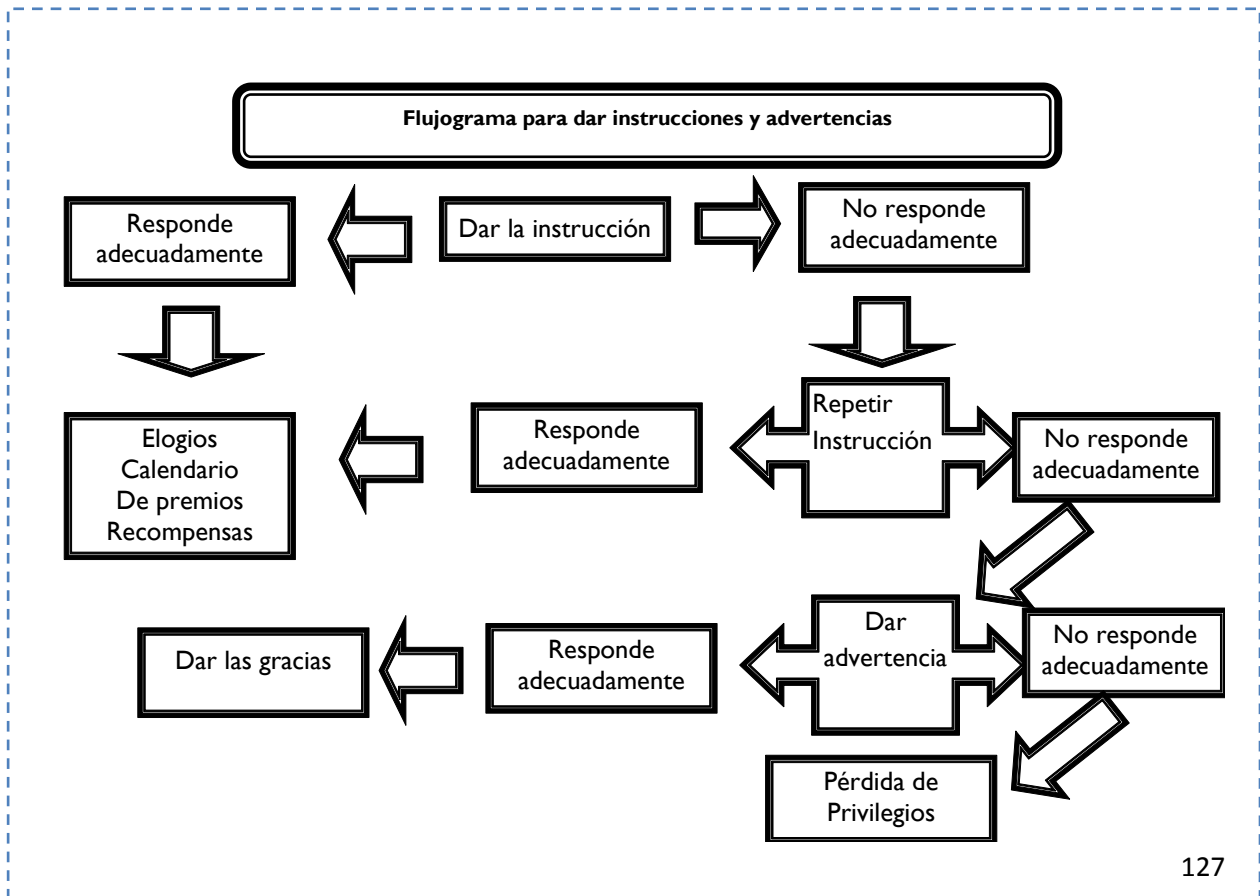
**Instrucciones:** Este formato tiene como objetivo el que tú y tu pareja establezcan cuáles son los premios que pueden funcionar como consecuencias positivas de acuerdo a los gustos de tu hijo, cuántos puntos o caritas debe juntar para ganar su premio y qué funcionaría como pérdidas de privilegios. Escribe en la columna que corresponda lo que se te indica, tal vez sea necesario preguntar al niño y observar su conducta para cerciorarse acerca de sus gustos y lo que realmente pueda ser una pérdida de privilegios (recuerda que las consecuencias comestibles pueden requerir de un menor número de caritas que los premios o juguetes)

Consecuencias Comestibles, dulces, comida favorita, etc. 	¿Cuántas caritas felices o estrellitas son necesarias para ganar este premio? ☺★	Actividades Recreativas, paseos, etc. 	¿Cuántas caritas felices o estrellitas son necesarias para ganar este premio? ☺★	Juguetes 	¿Cuántas caritas felices o estrellitas son necesarias para ganar este premio? ☺★	Elogios, abrazos, sonrisas (lo más poderosos), deben darse de forma inmediata 	Pérdida de privilegios, (de forma inmediata o dar advertencia y cumplirla) 
Ejemplo: Carlos IV	Ejemplo: 2 caritas	Ejemplo: Ir al cine	Ejemplo: 8 caritas	Ejemplo: Pelota	Ejemplo: 12 caritas	¡Qué bien lo hiciste!, ¡estoy orgulloso (a) de ti!	Ejemplo: Prohibir ver programa favorito de tele

**ANEXO 15**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO I**  
**(Estrategias de Crianza y Límites)**

**Instrucciones:** Este formato, tiene como objetivo llevar a cabo un registro semanal de las conductas deseables que realiza tu hijo y el número de caritas felices o estrellitas que va juntando para canjearlas por sus premios (por ejemplo: cada vez que se lave los dientes a la primera instrucción, se le dará una carita feliz, si junta 3 caritas felices pueden canjearse por un caramelo, si junta 10, puede canjearlas por un paseo en bicicleta), es importante que establezcan desde antes cuántas caritas debe juntar para canjearlas por qué premios. Mantén el calendario a la vista de tu hijo.

Escribe aquí la Instrucción, regla o buen comportamiento que haya realizado tu hijo (a)	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>Total</b>							





**ANEXO 16**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO II**  
**(Manejo de estrés y Control de Emociones)**

**Ejercicio**  
**“Modificando mi pensamiento y mis emociones”**

Instrucciones: Recuerda una situación con tus hijos en la que hayas sentido una emoción negativa muy intensa, escríbelas en las columnas que corresponda, guíate con las preguntas que se presentan a continuación, Observa el ejemplo:

<b>Situación</b> ¿Qué estabas haciendo? ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Con quién? ¿Cuándo?	<b>Emoción</b> (una sola palabra) ¿Qué tan intensa fue del 0 al 10?	<b>Pensamiento/Imagen</b> ¿Qué estaba pasando por tu cabeza en ese momento? (frases o imágenes)
La semana pasada mi hijo de 5 años rayó todas las paredes de la casa con sus pinturas escolares	Enojo (8) Decepción (6) Preocupación (5)	¿Cómo no se da cuenta lo que hace?. Es un mal portado, se merece un castigo, lo hace a propósito, me va a costar una fortuna volver a pintar.

Ahora, en las siguientes columnas, vamos a cuestionar los pensamientos, respondiendo a las preguntas que se presentan:

<b>Cuestionando el pensamiento</b> ¿Qué pruebas hay de lo que estoy pensando? ¿Si fuera cierto qué es lo peor que puede pasar? ¿Qué explicaciones alternativas puede haber? ¿Qué le diría a un amigo si pensara igual?	¿Si logré modificar el pensamiento cómo me siento ahora? (0-10)
Aún está pequeño, yo no le había explicado que las paredes no son para pintar, seguramente me saldrá cara la pintura pero no me irá a la ruina por eso, lo hizo solo porque le pareció adecuado, sólo le voy a explicar que eso no está bien	Enojo (3) Decepción (0) Preocupación (2)

**PASOS PARA REALIZAR LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA**

**PASO 1 LA POSTURA ADECUADA:** Mantén tu espalda recta, relaja tus hombros y cuello e inclina ligeramente tu cabeza hacia el frente (Trata de que te sientas cómodo con esa posición y no tens@), si lo prefieres cierra tus ojos.

**PASO 3 LA INHALACIÓN:** Inhala profundamente y trata de llevar el aire hasta el abdomen, puedes imaginar que es un globo al que intentas llenar con aire, permite que se expanda lo más posible. Intenta que tus hombros y tu pecho no se muevan.

**PASO 4 MANTEN:** el aire que has inhalado unos segundos dentro (2-3).

**PASO 4 LA EXHALACIÓN:** Exhala despacio y observa como el diafragma vuelve a su sitio (el abdomen se contrae, imagina que el globo se quedó sin aire).

**PASO 5 INHALA Y EXHALA:** Inhala profundamente de nuevo, intenta concentrarte en tu respiración sin utilizar los hombros y el pecho, exhala muy despacio.

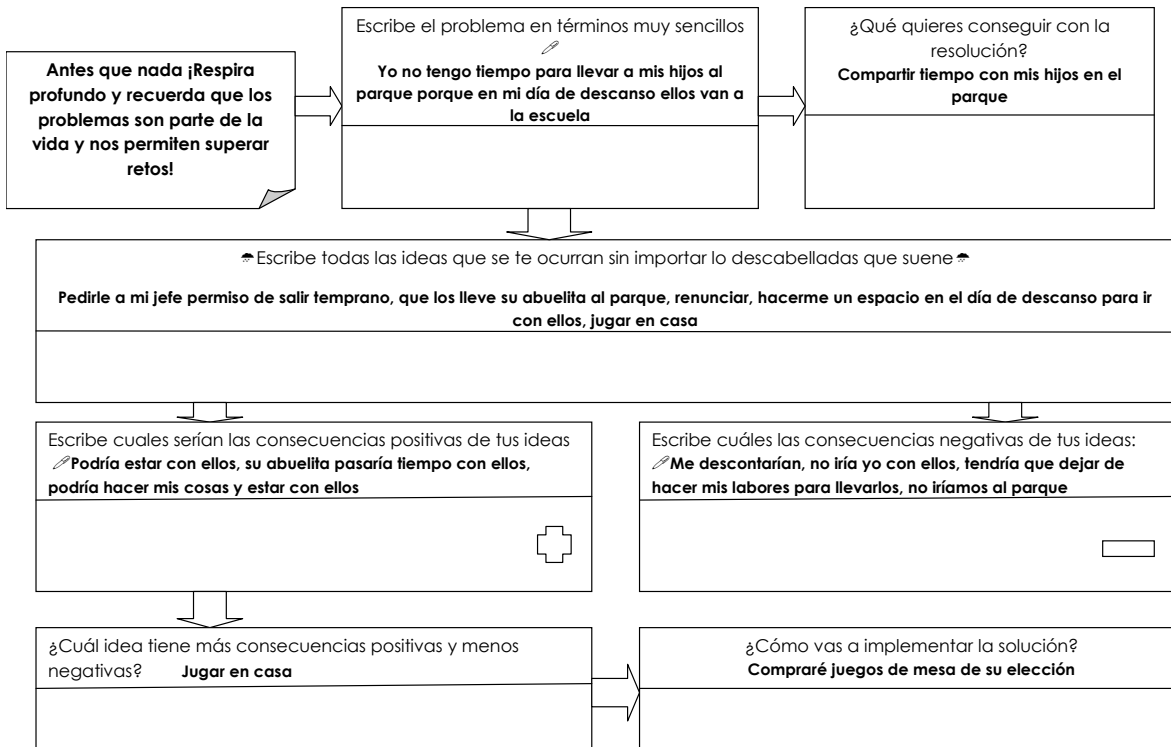
**REPITE UNAS CINCO O SEIS VECES**

**OBSERVA EL SIGUIENTE ESQUEMA:**



**ANEXO 16**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO II**  
**(Manejo de estrés y Control de Emociones)**

Ejercicio  
**“Intentando resolver un problema a la vez”**



**ANEXO 16**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO II**  
**(Manejo de estrés y Control de Emociones)**  
**Las Autoinstrucciones**

Ya que has aprendido a identificar tus pensamientos automáticos negativos, puedes también aprender a diseñar afirmaciones positivas que te permitan guiar tu comportamiento ante situaciones problemáticas. A continuación se presentan algunos ejemplos de autoinstrucciones que puedes emplear ante determinadas emociones, puedes diseñar tus propias autoinstrucciones y escribir en que situaciones puedes emplearlas.

<b>Emoción</b>	<b>Alternativa de Autoinstrucción</b>	<b>Diseña y Escribe tus Propia Autoinstrucciones</b>	<b>¿En qué situación puedes usar tu propia autoinstrucción?</b>
Enojo	“Contrólate” “Alto” “No pierdas el control”		
Desesperación ante unas situación problemática	“Este problema puedo solucionarlo parte por parte”		
Desilusión por no resolver un problema	“el problema no se resolvió es mejor tratar cuando esté más tranquila		

**ANEXO 17**  
**Taller “Cómo ser mejores Padres”**  
**EJERCICIOS MÓDULO III**  
**(Habilidades de Comunicación)**

Ejercicio  
**“Cómo ser asertivo”**

En una reunión familiar, tu hijo de 8 años te pide permiso para quedarse a dormir en casa de su primo el fin de semana pero tiene examen el lunes y no ha estudiado. Aunque tú no quieres que vaya, para presionarte más, te lo pide junto con sus primos y su tía.

Escribe cual sería una respuesta

Pasiva

Agresiva

Asertiva

Ejercicio  
**“Mensajes Tú y Mensajes Yo”**

Situación	“Mensaje Tu”	“Mensaje Yo”
La madre está usando la aspiradora y tiene mucha prisa y su hijo que anda de jugueteón la desconecta continuamente.	“Ya me tienes harta, deja de estar de payaso”.	
El niño llega con las manos muy sucias a la mesa.	“No estás siendo un niño grande y responsable. Eso es lo que haría un bebé”.	
El niño ha estado de mal humor todo el día, la mamá no sabe porqué.	“Vamos, ya basta de ese mal humor. O te alegras o te me vas con tu genio a otra parte. ¡Deja de ser tan chillón!”.	

Ejercicio 5  
**“Solución de conflictos mediante el método nadie pierde”**

A continuación se presenta una conversación entre un padre y su hija, ¿cómo se resolvería el conflicto mediante el método “nadie pierde?”

- Hilda: ¡Adiós, me voy a la escuela!
- Padre: Cariño está lloviendo y no te has puesto tu impermeable
- Hilda: No lo necesito
- Padre: Está lloviendo y me preocupa que te vayas a enfermar y que se ensucie tu ropa, no me gustaría que eso pasara
- Hilda: Pero no me quiero poner el impermeable
- Padre: ¿No te lo quieres poner?
- Hilda: Así es lo odio
- Padre: Entonces no te gusta
- Hilda: No porque es de cuadros, nadie en mi escuela usa impermeable

## **ANEXO 18**

### **PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA DESARROLLAR EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO**

#### **“EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD DE NIÑOS VÍCTIMAS DE MALTRATO POR NEGLIGENCIA”**

40 millones de niños sufren violencia en el mundo; en la región de las Américas y el Caribe, se da en todas sus formas; la mayoría de los castigos corporales de da entre los 3 y 5 años; 85 % de muertes en los niños, son clasificadas como accidentales e indeterminadas (Organización Panamericana de la Salud; OPS, 2009).

De acuerdo al INEGI, (2006), en México, el número de denuncias por maltrato fue de 38 544, en 2004; 22 mil de las cuales fueron comprobadas; 36, 645 niños fueron atendidos por diversos abusos. Las niñas encabezan las denuncias con 17 345, seguidas de los niños 16 877 denuncias. Con respecto al tipo de abuso, la omisión de cuidados, encabeza el tipo de maltrato con 13,0250 casos, seguidos de las agresiones físicas con 8, 638 casos; abuso sexual con 1397 casos.

#### **NEGLIGENCIA**

El maltrato por negligencia, se ha definido como la falla persistente en la satisfacción de necesidades físicas o psicológicas básicas de un menor, se ha subdividido en cuatro tipos (Stavrianos, Stavrianou , Stavrianou, Kafas, 2009, Polonko, 2006):

**Negligencia Física:** Se presenta cuando quedan descubiertas las necesidades básicas de alimentación salud y cuidado.

**Negligencia Emocional:** inatención pasiva-agresiva de las necesidades emocionales, crianza bienestar.

**Prenatal:** Falta de cuidado prenatal necesario para el desarrollo físico y neurológico del feto

**Negligencia social:** Falta social y política para satisfacer necesidades físicas que abarque a toda la población infantil (salud, alimentación y educación).

#### **Indicadores en el menor**

Existen indicadores físicos que sugieren la presencia de este tipo de maltrato, los cuales se caracterizan por la falta de cuidado e higiene en general (cabello y ropa sucia, pediculosis capiti, presencia de caries, extremidades delgadas, retraso en el crecimiento, desnutrición, etc.); por otra existen indicadores asociados al déficit en el desarrollo en distintas áreas

como la presencia de destrezas motoras inmaduras, retraso en el lenguaje, falta de concentración, déficit en habilidades sociales, falta de motivación, apego de tipo desorganizado, ansioso o evitativo, ausentismo escolar, agresividad.

### **Indicadores en los padres**

Las conductas parentales que con frecuencia exhiben los padres que ejercen este tipo de maltrato son numeradas a continuación:

- Falta de respuesta ante las necesidades
- Escaso interés, disposición y supervisión a las actividades del niño,
- Sentimientos de rechazo, poca calidez en la interacción
- Escasa estimulación
- Falta de establecimiento de límites
- Expectativas poco realistas hacia el niño
- Falta o negación para atender las inmunizaciones y chequeos en el desarrollo
- Falta de adherencia o inconformidad con las citas médicas o psicológicas
- Abandono, expulsión de casa
- Exclusión por parte de la familia
- Rechazo hacia los servicios médicos o psicológicos
- Conducta agresiva o percepción de amenaza ante los profesionales de la salud
- Falta de límites para el comportamiento propio
- Altos índices de disciplina inconsistente, arbitraria y punitiva

### **Maltrato por Negligencia y Ansiedad**

La ansiedad consiste en un sistema de advertencia temprana, relacionada con la detección de una amenaza sugerida o evocada mediante un suceso traumático, implica mecanismos de activación fisiológica: del fluido de adrenalina, la cual genera a su vez, incremento del ritmo cardiaco, transpiración aceleración de la respiración, tensión muscular y atención hacia la fuente de amenaza (Appleton, 2008).

Cuando el incidente se percibe como amenazante cuando en realidad no lo es, entonces el estado emocional de ansiedad resulta una conducta inapropiada y constituye una respuesta no adaptativa para el ambiente (Reynolds y Richmond, 1985).

Una de las formas de maltrato, que suele presentarse con mayor prevalencia es la negligencia emocional, esta se da cuando los padres tienden a ser poco responsivo, muestran una falta de respuesta hacia las necesidades de los hijos, se muestran

escasamente disponibles e interesados, con poca supervisión hacia las actividades del niño, con falta de cohesión, poca calidez, sentimientos de rechazo y falta de aceptación, estas interacciones representan un factor de riesgo para un amplio espectro de problemas de salud mental como los síntomas de internalización y los trastornos de ansiedad (Repeti, Taylor y Seeman, 2002, Hernández-Guzmán, 1999).

Los síntomas de ansiedad o internalización, generalmente se traducen en: (Wekerle, Miller, Wolfe, Spindel, 2007, Hernández-Guzmán, 1999):

- Pesadillas,
- Temores infundados de lugares determinados,
- Estrecha cercanía con los padres debido a la necesidad de sentirse seguro
- Daños cognitivos (memoria)
- Vulnerabilidad al estrés agudo
- Déficit en habilidades sociales
- Aislamiento social
- Mecanismos de activación fisiológica (fluido de adrenalina) SNA
- Comportamiento observable: respuestas de huida y evitación, llanto, comerse las uñas, temblar, etc.
- Pensamientos y autoverbalizaciones catastróficas de preocupación excesiva

Algunos autores han observado una asociación empírica entre los síntomas de ansiedad y las formas de maltrato infantil:

Un estudio realizado por Finzi, Har Even, Shnit, Weizman, (2002 en una muestra de 114 niños de entre 6 y 12 años víctimas de maltrato físico y negligencia, exhibieron altos niveles de ansiedad, los cuales provienen de diferentes fuentes, en el caso de los niños abusados físicamente provienen de la sobreestimulación asociada a la amenaza y al dolor y en los niños víctimas de negligencia estos síntomas se encuentran asociados a la baja estimulación, así mismo en ambos tipos de abuso se encuentran otras características conductuales y emocionales: apego de tipo inseguro, sintomatología depresiva, ideación suicida y altos niveles de agresividad.

En un estudio longitudinal realizado con 136 niños y sus cuidadores primarios de tres años de edad, con un seguimiento de dos años, se encontró que la negligencia emocional, se encuentra asociada al incremento de conductas de internalización y externalización, así mismo se encontró que los niños que han sido víctimas de varios tipos de negligencia, de

forma sostenida, exhiben un incremento de conductas de internalización. La negligencia emocional puede representar un factor más importante que la negligencia física en la obtención de estos resultados (Dubowitz, Papas, Black y Satar).

A sí mismo, se ha encontrado que los padres que poseen actitudes hacia el abuso físico y la disciplina severa y distanciamiento emocional, tienen hijos con más síntomas de internalización a diferencia de los padres que se encuentran en más bajo riesgo de cometer abuso, en un muestra de 42 niños de entre 8 y 12 años se encontraron mayores síntomas de ansiedad, y depresión, cuando los padres obtenían puntuaciones mayores en las variables de abuso potencial y disciplina severa a diferencia de los niños de padres que empleaban disciplina menos severa ( $p \leq .001$ ) (Rodríguez, 2003).

## **TRATAMIENTO A VÍCTIMAS**

### **Intervenciones cognitivo conductuales**

La evidencia basada en la práctica ha mostrado su eficacia en la reducción de maltrato infantil y problemas mentales asociados, las intervenciones que poseen mayor soporte en la investigación, aceptabilidad clínica y la facilidad de situarse en escenarios clínicos han sido aquellas basadas en el enfoque cognitivo conductual (Shipman y Taussig, 2009). La terapia cognitivo conductual, ha mostrado efectividad ciertos indicadores tanto en los padres como en los niños: Mejor conocimiento acerca del desarrollo del niño, cambio de actitudes, disminución de la ansiedad y disminución de conductas evitativas, (Dufor y Chamberland, 2004). Niños de entre 5 y 7 años con trastornos de ansiedad mejoraron significativamente disminuyendo sus síntomas (Monga, Young y Owens, 2009); En un metaanálisis de 20 estudios controlados y aleatorizados, muestran la efectividad en la reducción de síntomas ansiosos con mantenimiento a 2 años (Ishikawa, Okajima, Matsuoka & Sakano, 2007).

Existe una larga de lista de tratamientos e intervenciones que incluyen enfoques como la terapia individual y familiar, terapia cognitivo conductual, tratamientos psiquiátricos, familias secundarias (sustitutas), consejería familiar, sin embargo la terapia cognitivo conductual se ha mostrado como el único método de intervención que sugiere un cambio positivo en el maltrato infantil y los síntomas asociados. (Christoffersen, M y De Panfilis D, 2009). La terapia cognitivo conductual centrada en el abuso (físico) ha mostrado ser efectiva en ensayos aleatorizados: Reducir la disciplina coercitiva, manejo positivo de la relación con el niño, mejor conocimiento del niño, cambio de actitudes hacia él,



disminución conductas de externalización, sin embargo no se centra específicamente en los síntomas de internalización (Cohen y Manarino, 2006). Así mismo los resultados a nivel cognitivo y conductual son regularmente evaluados y los resultados a nivel fisiológico son raramente reportados. Sin embargo, existe escasa evidencia para tipos específicos de maltrato como el psicológico y la negligencia y pocos estudios han realizado seguimientos (Dufor y Chamberland, 2004).

## **JUSTIFICACIÓN**

El maltrato infantil, genera vulnerabilidad ante los problemas de salud mental en los niños, la ansiedad es frecuente en esta población, sobre todo en las víctimas que han sufrido negligencia de cualquier tipo.

Existen aspectos que deben ser abordados para robustecer el soporte empírico en el los síntomas de ansiedad de las víctimas de maltrato por negligencia, en los escenarios clínicos, tomando en cuenta la viabilidad y los aspectos poco retomados en los estudios previos. Por lo tanto se propone el desarrollo del presente estudio.

## **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo**

Conocer los efectos de un programa de intervención cognitivo conductual en los síntomas de ansiedad de en niños víctimas de maltrato y si los efectos de la intervención se mantienen en un seguimiento de 1 a 6 meses.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los efectos de una intervención cognitivo conductual los síntomas ansiedad de los niños que han sido víctimas de maltrato y los efectos se mantendrán a 1 y 6 meses de seguimiento?

### **Hipótesis de investigación**

La intervención cognitivo conductual reducirá significativamente los niveles de ansiedad en los niños que han sido víctimas de maltrato y estos cambios se mantendrán en un seguimiento de 1 y 6 meses.

### **Tipo de estudio**

Cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo.

### **Diseño de investigación**

N=1 (pre-test – post tes + seguimiento) (Kerlinger y Lee, 2002).

### **Muestreo**

No aleatorio, por conveniencia (Kerlinger y Lee, 2002).

### **Variable dependiente**

*Síntomas de Ansiedad:*

Obtención de la puntuación total y por escalas obtenida en la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R, Reynolds y Richmond, 1985).

Lista Checable de síntomas de Ansiedad en los niños.

### **Variable independiente:**

Programa de intervención basado en técnicas cognitivo conductuales:

Reconocimiento y nombramiento de estados emocionales.

Estrategias de relajación como respiración diafragmática, muscular progresiva e imaginaria.

Reestructuración cognitiva (búsqueda de pensamientos alternativos o adaptativos)

Exposición por imaginaria, role playing.

**Duración:** sesiones de 1 hora y dos seguimientos al mes posterior a la intervención y a los 6 meses (de ser posible).

### **Participantes:**

Se trabajará con niños de ambos sexos de entre 6-12 años que sean atendidos en la Clínica de Atención al Niño Maltratado (CAINM).

### **Criterios de inclusión**

Obtener una puntuación ( $T \geq 60$ ) en la Escala de Ansiedad Manifiesta (CMAS-R, Reynolds y Richmond, 1985).

Saber leer y escribir

### **Criterios de exclusión**

No presentar retraso psicomotor

Rechazar la invitación al estudio

Que los padres y el niño no acepten ni firmen el consentimiento informado.

### **Criterios de eliminación**

No contar con el 80% de asistencia a las sesiones

Tener dos faltas seguidas sin previo aviso.

### **Instrumentos**

- Escala de ansiedad Manifiesta de Reynolds y Richmond, (1985).
- Lista Checable de síntomas de Ansiedad
- EVA de ansiedad.

### **Características Psicométricas de la Escala**

Validada en población mexicana en 1178 niños y adolescentes de entre 6 y 18 años de edad, se calculó el coeficiente Aplha de Cronbach (Bautista, 2000):

- .77 Ansiedad total
- .65 **Ansiedad Fisiológica**
- .61 inquietud e hipersensibilidad
- .67Preocupaciones sociales

### **Materiales e instrumentos**

- ✓ Instrumentos de evaluación
- ✓ Formatos de autoregistro
- ✓ Manual de intervención
- ✓ Computadora personal
- ✓ Colores
- ✓ Calcomanías
- ✓ Lápices

### **Procedimiento**

- ✓ 1.-Se invitará a los pacientes a participar en el estudio
- 2.-Se llevará a cabo la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta (CR-MAS) (pre-test).
- 3.- A los participantes que puntúen alto en la escala, se les invitará a participar en el programa de intervención, con el previo consentimiento de sus padres.
- 4.-Se les proporcionará un consentimiento informado
- 5.-Se desarrollará el programa de intervención
- 6.-Se llevará a cabo la aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta (CR-MAS) (post-test).
- 7.-Se realizarán seguimientos.

### **Análisis estadístico**

Para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones entre el pre-test, pos-test y seguimiento.

Prueba Kruskal-Wallis .

### **Consideraciones éticas**

Brindar entrenamiento en habilidades parentales a los padres de los niños para mejorar estilos de crianza en los niños.

El tipo representa un riesgo mínimo, ya que los participantes recibirá un tratamiento breve basado en técnicas que han mostrado su eficacia.

No realizaran actividades que pongan en riesgo su integridad física y emocional

Podrán abandonar el estudio en el momento que lo deseen.