



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA PROFESIONAL
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**PRÁCTICA CLÍNICA EN GINECO-OBSTETRICIA, NEFROLOGÍA Y
CÁNCER BRONCOGÉNICO**

INFORME DE ACTIVIDADES PROFESIONALES

Que para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Lic. MARIBEL CORDERO ZUBIETA

Tutor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Comité Tutorial:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Dr. Javier Nieto Gutiérrez

Dra. Angélica Riveros Rosas

Mtro. Fernando Vázquez Pineda

México, D.F., 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Dios

*Por la vida que me ha dado y por las bendiciones
que he recibido a lo largo de ella*

A mis grandes bendiciones

*Mis hijos Erick e Ivette Areky, sin duda son
Lo más preciado que Dios me ha dado,
Sus risas, sus llantos, su ternura...
Hacen que cada una de mis decisiones tenga sentido
Los amo y los bendigo !!!*

A mis padres

*Por el amor y ejemplo que me han proporcionado,
gracias por los valores que me inculcaron;
han y seguirán siendo un ejemplo a seguir*

A mis hermanos

*Que han estado conmigo
en los momentos importantes de mi vida,
especialmente a Chivis por su apoyo incondicional*

A mi tutor

*Excelente Psicólogo y persona,
Gracias Dr. Samuel por sus valiosos conocimientos,
por su profesionalismo y por todo su apoyo.
A mi revisor, Dr. Juan José por su disposición y apoyo*

A mis amigos

*Por aquellas experiencias y aventuras
que sin duda han dejado huella en mi vida*

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Porque me ha brindado la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente

A médicos, enfermeras y personal administrativo

*que me brindaron apoyo, experiencia y conocimiento en cada una de las sedes,
especialmente a los distintos pacientes que formaron parte de mi crecimiento profesional y personal*

RESUMEN

En el presente documento se describe el trabajo realizado durante el curso de la residencia en Medicina Conductual, la cual se llevó a cabo en tres hospitales de segundo y tercer nivel de atención. El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” fue la primera sede, donde la práctica profesional se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia; se describe un caso clínico de una paciente femenina en etapa de climaterio, quien cursaba con sintomatología de ansiedad y sintomatología depresiva, por lo que se observa el efecto de una intervención psicológica desde un enfoque cognitivo conductual basado en la teoría de Beck A. T. Por otra parte, se describe el proceso llevado a cabo para la adaptación de la Escala de Violencia de Cienfuegos (2004) en una forma breve dirigida tanto para población escolarizada como población no escolarizada, la nueva versión breve de la escala de violencia quedó conformada por quince reactivos obteniéndose una confiabilidad de consistencia interna para la escala general de .86 mediante el coeficiente Alfa de Cronbach.

El Segundo escenario fue el Hospital Juárez de México en el servicio de Nefrología y se describe la eficacia de una intervención cognitivo conductual basada en el manejo emocional y mejoramiento de la adhesión terapéutica en una paciente femenina con Insuficiencia Renal Crónico Terminal (IRCT).

Finalmente, se describe la práctica realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” en el Servicio de cáncer broncogénico, en dicho escenario se diseñaron formatos para integrar el expediente clínico y se describe un caso clínico de un paciente con coccidioidomicosis, derrame pleural, ulcera cutánea, neumonía nosocomial e insuficiencia respiratoria II quien, además, presentaba crisis de angustia y baja adhesión al tratamiento médico.

ÍNDICE

Introducción	1
---------------------	----------

CAPÍTULO 1 HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”

Características de la sede	4
Ginecología y Obstetricia	4
Práctica clínica	5
Actividades académicas	7
Climaterio y Menopausia	8
La propuesta cognitiva de Beck para el manejo de las alteraciones afectivas	10
Caso clínico	13
Violencia conyugal	24
Adaptación de un instrumento de medición sobre la violencia conyugal en mujeres residentes en el Estado de México	29

CAPÍTULO 2 HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Características de la sede	43
Nefrología	43
Práctica clínica	44
Actividades académicas	45
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	45
Caso clínico	50

CAPÍTULO 3
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
“Ismael Cosío Villegas”

Características de la sede	61
Servicio clínico 3, Cáncer broncogénico	61
Práctica clínica	62
Actividades académicas	63
Coccidioidomicosis	64
Derrame Pleural	66
Insuficiencia respiratoria	66
Neumonía Nosocomial	67
Disnea	67
Caso clínico	69
Cáncer broncogénico	76
DISCUSIÓN	81
Referencias	85
Anexos	96

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se viven cambios fundamentales en los perfiles epidemiológicos relativos a las causas de muerte, se ha observado una relativa disminución en los decesos por enfermedades infecciosas y parasitarias y se han incrementado muy notoriamente aquellos por enfermedades crónico-degenerativas y por causas violentas. Esto se traduce en problemas para el sector salud debido a los altos costos y el bajo presupuesto asignado. Se estima que para el año 2020 el 43% del presupuesto mundial en atención a la salud se destinará a enfermedades crónico-degenerativas (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, 2007).

Los padecimientos crónicos se han convertido en un reto importante para el Sistema de salud en México debido, no solo al sufrimiento y la disfunción que generan, sino al creciente número de casos, el alto índice de morbilidad y mortalidad así como la incidencia de incapacidades prematuras y complicaciones que se traducen en costos económicos elevados para su manejo y tratamiento (Córdoba et al. 2008).

Los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, desarrollan graves limitaciones en su capacidad de trabajo físico, la mayoría con secuelas emocionales y comportamentales al percibirse dentro de un grupo de pacientes con un padecimiento crónico que es progresivo e irreversible, cuyas consecuencias incluyen un deterioro gradual en varias dimensiones: capacidades físicas disminuidas, alteraciones psicoemocionales como frustración, ira, negación, y sintomatología ansiosa y depresiva, entre otras. Todo ello, a mediano y largo plazo genera o agrava problemas en el ámbito laboral, social y familiar (Reyes, Garrido, Torres y Ortega 2010), razón por la que resulta crucial que el paciente reciba una atención integral.

Dentro de la Psicología se ha desarrollado y extendido un área basada en el Análisis Conductual Aplicado y en la Terapia Cognitivo Conductual que permite abordar problemáticas que tradicionalmente

abordaban sólo de manera parcial los médicos y que se enmarca dentro de lo que se denomina Medicina Conductual.

La Medicina Conductual es una rama de la Psicología que se dedica a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual para la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos (Schwartz y Weiss, 1978).

En 1978, la academia de Investigación en Medicina Conductual la ha definido como el “campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversas enfermedades.

Otros autores han propuesto que el especialista en Medicina Conductual cuenta con las habilidades y herramientas para participar en la realización e implementación de programas de prevención de enfermedades y de reforzamiento de conductas saludables, por lo que cuenta con los conocimientos y destrezas para ayudar a diversos pacientes a enfrentar procedimientos médicos invasivos, a procurar la aceptación de algún diagnóstico crónico degenerativo y a coadyuvar en el establecimiento de adhesión al tratamiento médico. También puede participar de forma activa en el tratamiento y rehabilitación de distintas enfermedades médicas brindando apoyo a pacientes y familiares así como capacitación hacia el equipo de salud (Reynoso y Seligson, 2005).

El objetivo de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual incluye la formación de profesionales con altos niveles de calidad y excelencia encaminados a la prevención y solución de problemas conductuales y emocionales de pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa, mediante la aplicación de técnicas, métodos y procedimientos sustentados científicamente.

La práctica clínica dentro del programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual requiere de distintos actores

además del residente. Este cuenta con un *Tutor académico* quien se encarga de orientarlo y asesorarlo académica, científica y profesionalmente durante todo el curso de la maestría para que desarrolle un buen desempeño clínico y académico. Para su graduación, su trabajo culmina en un producto final denominado Informe de Actividades Profesionales. Normalmente este documento refleja la experiencia adquirida por el residente, en su enfoque general se resalta la metodología científica bajo un marco teórico cognitivo-conductual. Al residente también se le asigna un *Supervisor académico* quien se encarga de asesorar metodológicamente los proyectos de investigación planteados por el residente y, finalmente, un *Supervisor in situ* quien supervisa el trabajo y el cumplimiento de la normatividad de enseñanza de la institución de salud.

Antes de incorporarse a la práctica clínica supervisada se reciben cursos durante el primer semestre a fin de dotar al residente del marco teórico psicológico y médico que le permita integrarse al escenario médico y contribuir con su desempeño en el bienestar integral del paciente, familiares y equipo de salud.

Como parte del programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México, se incluye la realización de prácticas en escenarios médicos, para ello durante dos años el residente de Medicina Conductual realiza práctica clínica en escenarios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención. En el presente caso, dicha práctica se realizó en tres sedes distintas: Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, Hospital “Juárez de México” e Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.

CAPITULO 1
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN
“Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”

Características de la sede

La práctica clínica en éste nosocomio se realizó durante el periodo de Marzo de 2007 a Agosto de 2007 en el servicio de Ginecología y Obstetricia. El Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler” se encuentra en avenida Adolfo López Mateos, esquina con Monte Sol, colonia Potrero en Atizapán de Zaragoza, Estado de México, el cual se inauguró el 27 de Abril de 1987 y cuyo objetivo principal es brindar atención médica a población de escasos recursos económico que no cuenten con alguna seguridad social.

Este hospital cuenta con cuatro especialidades médicas: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia, dichas especialidades se brindan a través de los servicios de consulta externa y hospitalización, así mismo, se cuenta con subespecialidades como Anatomía Patológica, Anestesia, Cirugía Maxilofacial, Estomatología, Medicina Preventiva, Neonatología, Ortopedia, Oftalmología, Psicología, Psiquiatría y Urología (Oviedo, 2006).

Ginecología y Obstetricia

Este servicio integra al jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos de pregrado, estudiantes de la carrera de Medicina, personal de enfermería con su respectivo jefe y pasantes de la carrera técnica de enfermería. El área de Psicología estaba conformada por dos Psicólogas adscritas egresadas de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual y dos psicólogas residentes de Medicina Conductual, además de la psicóloga que suscribe el presente documento.

Práctica clínica

En el servicio de Gineco-Obstetricia se da atención a diversos problemas de salud en la mujer a través de programas sustentados en lo que estipula la Secretaria de Salud (SSA, 2002), la intervención de las residentes de Medicina Conductual se dirige a cada uno de estos programas, los cuales se enlistan a continuación:

Programa de "arranque parejo en la vida". Su objetivo principal es brindar atención durante el embarazo, parto y puerperio. En este programa la intervención de las residentes de Medicina Conductual se dividían en distintas actividades. Específicamente se participó en la capacitación y sensibilización sobre lactancia materna a mujeres que cursaban con un embarazo. En la unidad Toco Quirúrgica se proporcionó intervención en crisis apoyándose en técnicas de relajación iniciadas mediante respiración diafragmática para aligerar el trabajo de parto en aquellas mujeres que experimentaban una carga intensa de ansiedad y que, de acuerdo al personal médico, complicaba la participación activa de la paciente en su mismo trabajo de parto. Por otra parte, se proporcionó intervención en crisis para el manejo de duelo en aquellas mujeres que desafortunadamente recibieron la noticia de pérdida del producto de gestación.

Programa de salud reproductiva. Dado que un número elevado de embarazos y poco tiempo de espera entre cada uno de ellos pone en riesgo la salud de la mujer, se brindó atención psicológica a partir de psicoeducación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. Dicha intervención se realizó en dos fases: una previa al parto mediante trabajo grupal, se proporcionaban sesiones de psicoeducación con la finalidad de que cada paciente pudiera analizar previamente su situación. La siguiente fase, posterior al parto con las mismas pacientes ya hospitalizadas, la intervención se realizaba de forma individual brindando psicoeducación sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos. Si la paciente elegía algún método de planificación familiar o anticonceptivo, se instrumentaban los procedimientos solicitados antes de que la paciente egresara del hospital. Se remitía a la paciente al área correspondiente de Medicina

Preventiva en caso de haber elegido métodos como preservativos masculinos o femeninos, o bien pastillas hormonales. Se remitía al área médica cuando la paciente elegía métodos donde requiera algún procedimiento médico. El área de Psicología además de proporcionar la psicoeducación correspondiente también brindaba acompañamiento y técnicas de relajación a partir de respiración diafragmática para que los procedimientos generaran en la paciente menor molestia.

Programa Mujer y salud; este programa establece un modelo de atención a víctimas de violencia familiar y sexual en los tres niveles de intervención primaria, secundaria y terciaria, también busca brindar atención integral a pacientes adolescentes en materia de prevención de enfermedades de transmisión sexual, de adicciones, de embarazos no deseados y atención del embarazo en adolescentes.

La mayoría de las actividades de intervención psicológica se proporcionaron en el programa Salud y Mujer en el servicio de hospitalización y el de consulta externa. Con las pacientes hospitalizadas se realizaba la detección de mujeres víctimas de violencia conyugal por medio de la aplicación individual de una prueba psicológica de tamizaje realizada por Oviedo (2006). Una vez detectadas aquellas personas que cursaban por alguna situación de violencia se les proporcionaba la intervención psicológica de manera individual fuera del pabellón, en un sitio apartado del resto de las pacientes utilizando una mampara para obtener mayor discreción. Estas precauciones se tomaron buscando respetar la confidencialidad pues es común que la persona involucrada busca especial discreción debido a distintos factores socioculturales y psicológicos (Blázquez, Moreno y García, 2010; Hirigoyen, 2006; Olaiz, Rojas, Valdez, Franco y Palma, 2006).

La intervención psicológica estaba dirigida a sensibilizar y concientizar a la paciente sobre la situación de violencia. Para ello se utilizaron distintas estrategias tales como validación emocional, reforzamiento social positivo hacia la capacidad que la paciente mostraba al hablar de la problemática y psicoeducación sobre la violencia, círculo de maltrato y dinámica de la violencia, dichas técnicas suelen resultar útiles y

básicas para incrementar la probabilidad de que la persona no sólo se sensibilice y concientice del problema sino que además continúe buscando o aceptando el apoyo psicológico ya que son diversos los factores que interfiere en dicha problemática por lo cual es fundamental la atención psicológica (Labrador y Fernández 2006).

Si se detectaba alguna paciente con alto grado de riesgo debido a la intensidad de violencia recibida, se establecían junto con la paciente las vías de acción tales como establecer redes de apoyo, ruta del apoyo y aceptación de la importancia de recibir atención psicológica a fin de favorecer en la paciente alternativas para salir de dicho círculo de maltrato.

El seguimiento se realizaba a través de la consulta externa en un consultorio denominado *consultorio 10* especialmente designado para cuidar la seguridad de la paciente, ya que el trabajo con las mujeres víctimas de maltrato requiere especial cuidado, resguardo y, ante todo, la seguridad e integridad de la paciente ya que algunas de ellas se encuentran en peligro de muerte debido a la gravedad de la violencia (Olaiz et al., 2006).

Actividades académicas

Como complemento de la misma práctica clínica se realizaron distintas actividades académicas en el nosocomio, entre las cuales destacan: **a)** la presentación de un caso clínico sobre el manejo psicológico de una paciente del servicio de Gineco-obstetricia frente a médicos residentes y adscritos al servicio de Ginecología y Obstetricia así como psicólogas adscritas y residentes de Medicina Conductual; **b)** exposición semanal de artículos científicos sobre diversas temáticas documentándose la relación entre la especialidad de Gineco-obstetricia y Psicología. Estos artículos se seleccionaban y revisaban previamente de manera individual y los días lunes se realizaba una presentación frente al grupo de residentes del área de Ginecología y Obstetricia y de Medicina Conductual; **c)** Por otra parte, cada semana dentro del área de Psicología se revisaban distintos temas de orden psicológico a fin de

fomentar una intervención más efectiva y **d)** de manera semanal se asistió a las sesiones generales del hospital las cuales facilitaron el conocimiento y entendimiento de distintos problemas médicos.

Climaterio y Menopausia

Los años perimenopáusicos se refieren al periodo en el que los ciclos menstruales femeninos se vuelven irregulares, caracterizados por fluctuaciones en la concentración de estrógenos y progesterona y generalmente se presenta entre los 45 y 49 años de edad (Parry, 2011). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la menopausia se define como 12 meses de amenorrea después del ciclo menstrual final, y ocurre en una edad promedio de 51 años, cuando las concentraciones de hormona folículo-estimulante (FSH) exceden 40 mUI/mL. Sin embargo, por lo general, la determinación de la menopausia se realiza mediante la historia clínica debido a la variabilidad de las concentraciones hormonales individuales.

El Climaterio se define como el periodo de transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva derivado del declive de la actividad ovárica en la cual se experimentan cambios biológicos, psicológicos y sociales que repercuten en la calidad de vida por lo que se considera como una etapa compleja en la vida de las mujeres (Doubova et al., 2013; Martínez, González, López, Barneveld y Domínguez, 2012).

Conforme disminuyen las concentraciones de estrógenos generalmente se presentan alteraciones fisiológicas y emocionales; diversos estudios epidemiológicos han logrado relacionar la peri menopausia con cambios en el estado afectivo de la mujer (Flores y Martínez, 2012; Parry, 2011; Villiers, Pines, Panay y Gambacciani, 2013).

Dentro de las alteraciones afectivas se encuentra la sintomatología depresiva, la cual tiene repercusiones importantes en la salud de las mujeres ya que si no se recibe tratamiento durante la perimenopausia se exacerban otras alteraciones como enfermedad cardiaca, diabetes,

osteoporosis y trastornos del sueño además de que parece contribuir a un aumento del riesgo de suicidio (Parry, 2011).

Sobre esta línea, diversas investigaciones internacionales y nacionales reportadas en Cordero (2006) confirman que los trastornos afectivos así como los trastornos de ansiedad son más frecuentes entre la población femenina, con una tasa de 2.5 mujeres por cada hombre. La sintomatología depresiva entraña un cuadro afectivo de origen multifactorial que se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre. Ya como trastorno formalmente diagnosticado, la depresión en México tiene una prevalencia entre las mujeres de 5.8% en comparación con 2.5% en los hombres (Flores y Martínez (2012). Otras propuestas señalan que la depresión es una enfermedad frecuente e incapacitante que reduce de forma significativa la calidad de vida en el paciente y genera sufrimiento importante y costos considerables para el individuo, su familia, su comunidad y la sociedad (Tamayo, Rosales, Villaseñor y Rojas, 2011a).

Se han propuesto numerosas hipótesis respecto a la etiología de las alteraciones afectivas, una de ellas afirma que las diferencias de género con respecto al trastorno depresivo se asocian con mecanismos esteroides gonadales sexualmente dismórficos, es decir fluctuaciones en los niveles de estrógeno y progesterona durante el ciclo menstrual y el cese de la vida reproductiva (Flores y Martínez, 2012).

Sobre el plan de intervención pese a que el tratamiento farmacológico durante mucho tiempo fue la piedra angular, en los últimos años se ha discutido y documentado el papel de la psicoterapia en el tratamiento de los trastornos afectivos particularmente de la sintomatología depresiva y se ha propuesto como primera línea de tratamiento una intervención integral en la que destaca, por su eficacia la terapia cognitivo-conductual. Se trata, en efecto, de uno de los enfoque más estudiados ya que ha mostrado mejores resultados (López, López, Vargas y Villamil, 2004; Williams y Dale, 2006).

Algunos meta análisis de la literatura de investigación en bases de datos tales como MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, the Cochrane

Library y LILACS, de 1949 hasta marzo de 2011 revelaron que, aunque existen diversas alternativas de fármacos para el tratamiento de la depresión aproximadamente la mitad de los pacientes no responden a dicho tratamiento.

También se ha propuesto que la psicoterapia, en comparación con la farmacoterapia puede tener un beneficio más duradero después de la terminación del tratamiento. Una comparación entre la farmacoterapia y la terapia cognitivo conductual reveló que se obtienen tasas de remisión similares en ambos tratamientos. Además se destaca que ningún paciente cuyo tratamiento fue la terapia Cognitivo Conductual reportó efectos adversos mientras que 48% de los pacientes con tratamiento farmacológico sí reportaron efectos adversos (Tamayo, Rosales, Villaseñor y Rojas, 2011b).

La propuesta Cognitiva de Beck para el manejo de las alteraciones afectivas

Beck, concibe a la sintomatología depresiva como un trastorno del pensamiento, él supone que los signos y síntomas de este trastorno son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Habla de estructuras cognitivas específicas que son centrales en el desarrollo de la sintomatología depresiva: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en una visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el segundo componente se centra en la tendencia del paciente depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y el tercer componente se centra en una visión negativa acerca del futuro. Los esquemas cognitivos, llevan a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria, tales distorsiones son los errores cognitivos. Dichos errores son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción

selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y la minimización (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

De acuerdo con esta propuesta, los errores cognitivos más frecuentes son las distorsiones negativas sobre las experiencias de la vida, la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza. Dichos pensamientos aprendidos conducen a sentimientos típicos de la sintomatología depresiva. Básicamente el modelo formulado por Beck et al. (1983) parte de la hipótesis de que el paciente tiene "esquemas cognitivos tácitos o inconscientes" que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (por ejemplo las pérdidas).

Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales tales como amor, aprobación, competencia personal, etc., y a su relación con ellas (autovaloración). Dichos significados se activan en determinadas circunstancias (ante la falta de confirmación de dichos significados por los acontecimientos). Esto generaría en el individuo un procesamiento defectuoso o erróneo de la información (distorsiones cognitivas) e incorpora pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos llamados pensamientos automáticos. El individuo los cree y le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, de sus circunstancias y del desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). A su vez, los pensamientos automáticos negativos interactúan con el estado afectivo resultante y las conductas relacionadas: (evitación, desactivación conductual, etc.) todo lo cual conduce al "cuadro depresivo".

De igual manera, Beck et al. (1983) identifican las siguientes distorsiones cognitivas en la sintomatología depresiva:

1. Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la misma y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. **Generalización Excesiva (sobregeneralización):** Consiste en sacar una conclusión general a partir de uno a varios hechos aislados y aplicarla a hechos particulares o que son muy diferentes.
4. **Maximización y Minimización:** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejem. "incapaz frente a capaz").

Así mismo, los autores antes citados han especificado algunos de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la sintomatología depresiva, entre los que destacan:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.

6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

La Terapia Cognitiva (Beck y Feeman, 1995) distingue tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

1º Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome.

2º Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.

3º Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos.

A continuación se describe un caso clínico donde se esquematiza la sintomatología de una paciente en etapa de climaterio con alteraciones afectivas, cuyo abordaje clínico se basó en la propuesta cognitivo conductual de Beck.

CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

- Nombre: EG
- Edad: 53 años
- Estado Civil: casada (sin hijos)
- Sexo: Femenino
- Escolaridad: Primaria
- Ocupación: Hogar
- Religión: Cristiana
- Lugar de origen: Chiapas
- Residencia: Estado de México
- No. de hermanos: 12 (ocupa el quinto lugar)

Motivo de consulta

La paciente refirió malestares físicos como dolores de huesos y articulaciones así como cansancio. En el servicio de Gineco-Obstetricia se determinó que se encontraba en etapa de climaterio; se le realizaron diversos estudios médicos tales como factor reumatoide, examen general de orina, biometría hemática, exudado faríngeo, mismos que salieron dentro de parámetros normales. Se canalizó al servicio de Medicina Conductual, en Enero de 2006 inicio el tratamiento psicológico, la paciente acudió de manera irregular a cuatro sesiones.

Debido a la recurrencia e incremento de sus malestares físicos y emocionales, el 11 de Abril del 2007 acudió de nuevo al servicio de Medicina Conductual, fecha en la que se realizó la primera entrevista con la psicóloga que subscribe.

Impresión y actitud general

Paciente del sexo femenino con edad aparente igual a la cronológica, complexión delgada, tez morena, con adecuadas condiciones de higiene pero no de aliño personal. Su actitud durante la entrevista fue de cooperación donde se observaron conductas asociadas a ansiedad tales como movimiento continuo de manos, sudoración y dificultad para articular lenguaje verbal, con postura corporal semiencorvada agachando la cabeza, con dificultad para establecer contacto visual así como tensión muscular y rigidez en manos y pies.

Examen mental

Durante la valoración se observó consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con capacidad de atención y concentración ligeramente disminuidas, sin alteraciones en la memoria a corto y largo plazo, con un lenguaje lógico, coherente y congruente, así como un proceso de pensamiento lógico y coherente cuyo contenido hace referencia a ideas que denotan sentimientos de baja autoestima, tristeza y ansiedad, no se detectaron alteraciones sensoriales ni de juicio.

Historia del problema

La paciente refirió que en el año 2000 aproximadamente comenzaron sus malestares físicos y emocionales sin poderlo asociar con algún evento o situación desencadenante, dichos malestares se incrementaron en Diciembre de 2006.

Refiere que en Septiembre de 2005 se separó de su esposo con quien vivió dos años y quien presentaba problemas de alcoholismo, mientras que en Diciembre de 2006 el problema físico de su hermana (artritis reumatoide) se agravó, misma a quien la paciente se dedicó a proporcionarle atención como su cuidador primario.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Área Física

- Dolores de cabeza
- Dolores de huesos y articulaciones
- Insomnio
- Fatiga
- Falta de energía
- Tos frecuente
- Malestar estomacal
- Entumecimiento y hormigueos corporales
- Temblores corporales
- Escalofríos
- Sudoración

Área Emocional

- Tristeza
- Desesperación
- Enojo
- Decepción
- Preocupación

- Miedo
- Inseguridad

Área Conductual

- Dificultad para articular lenguaje verbal
- Movimiento continuo de manos
- Aislamiento
- Evitación de las relaciones interpersonales heterosexuales
- Llanto frecuente
- Ausencia de realización de actividades placenteras
- Hipervigilancia hacia malestares físicos
- Automedicación

Área Cognitiva

- Distorsiones cognitivas acerca de las relaciones interpersonales, la sexualidad y los roles sociales.
- Pensamientos rígidos sobre las relaciones interpersonales “me gustaría casarme pero nunca juntarme, no puedo casarme hasta que me divorcie...” sic pac.
- Pensamientos rígidos acerca de la sexualidad “una mujer no puede tener relaciones sexuales hasta que se case” sic pac.
- Must acerca de uno mismo y otros “Yo debo hacer lo que digan mis papás, debo hacer lo que diga mi familia, debo hacer lo que dice el pastor de mi religión porque si no estoy muy mal” sic pac.
- Distorsiones cognitivas acerca de la salud física
Pensamientos automáticos irracionales acerca de contraer alguna enfermedad “si me duele algo pienso que tengo alguna enfermedad muy grave” sic pac.
- Pensamientos catastróficos sobre las enfermedades “cuando veo quejarse a mi hermana pienso que se va morir” sic pac.
- Desinterés por actividades cotidianas “nada me interesa” sic pac.
- Autocritica “todo me sale mal, no valgo nada” sic pac.

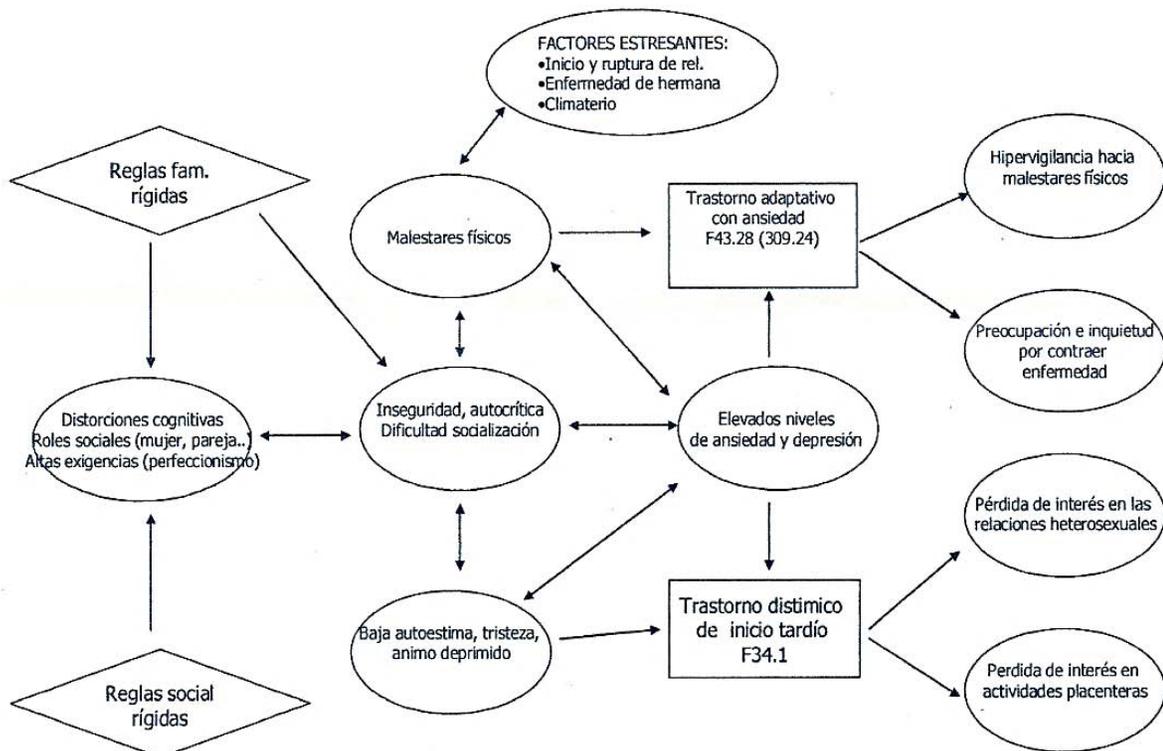
- Abstracción selectiva “aunque algo me salga bien, eso no importa sino hago todo bien...” sic pac.
- B) Auto etiquetas y pensamiento dicotómicos “yo siempre he sido así, muy seria...” sic pac.
- Baja autoestima “no valgo nada”, “Creo que no soy bonita, sino me casaba en ese momento ya nunca me iba a casar...” sic pac.

Diagnóstico

Trastorno distímico de inicio tardío F34.1

Trastorno adaptativo con ansiedad F43.28 (309.24)

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA



Establecimiento de metas de tratamiento

- Establecer adecuada adhesión psicoterapéutica
- Aumentar sentimientos de autoestima y autoeficacia
- Aumentar el interés por actividades placenteras
- Aumentar habilidades sociales
- Disminuir malestares físicos (cefaleas, dolores de huesos y articulaciones, insomnio, fatiga, hormigueos)
- Disminuir sentimientos de miedo, enojo, tristeza, decepción, desesperación e inseguridad.
- Reestructuración de distorsiones cognitivas acerca de las relaciones interpersonales, la sexualidad, los roles sociales así como la salud física.

Estrategia Psicoterapéutica

1. Para Adhesión Psicoterapéutica:

De acuerdo a Gomar, Labourt y Bunge (2010) establecer una adecuada alianza psicoterapéutica es un requisito fundamental dentro del proceso psicoterapéutico independientemente del enfoque teórico, por lo que dicha alianza se favoreció a partir de las siguientes técnicas;

- Validación emocional.
- Psicoeducación sobre el proceso psicoterapéutico.
- Reforzamiento social positivo hacia la conducta de búsqueda de apoyo profesional.

2. Para Ansiedad:

- Entrenamiento en relajación iniciada por medio de la técnica de respiración diafragmática e inducida mediante imaginación guiada.

El entrenamiento en respiración diafragmática consiste en enseñar al paciente control voluntario de su respiración, en tanto que la imaginación guiada consiste en inducir verbalmente imágenes de lugares y situaciones agradables; ambas técnicas

han demostrado su eficacia para el control de la ansiedad (Mateos y Domínguez, 2011).

- Reestructuración cognitiva acerca de las distorsiones cognitivas de las enfermedades físicas. Se proporcionó psicoeducación sobre la relación pensamiento-emoción- conducta. Se capacitó a la paciente para identificar y realizar la detención de los pensamientos automáticos que expresan distorsiones cognitivas. Con la finalidad de incrementar la objetividad en las cogniciones de la paciente se utilizó: 1) *reatribución* (se emplea cuando el paciente atribuye de forma poco realista, las consecuencias negativas de una deficiencia personal como la falta de capacidad o de esfuerzo), donde el paciente y especialista revisan los acontecimientos relevantes y aplican leyes lógicas a la información disponible con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda, y 2) *conceptualización alternativa*, se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones de los problemas de los pacientes (Beck et al. 1983).

3. Para Sintomatología Depresiva:

- Manejo conductual (promoción de actividades placenteras) en virtud de que se ha indicado que en las primeras fases de la terapia cognitiva, suele ser necesario reestablecer el nivel de funcionamiento del paciente ya que el bajo nivel de actividad se relaciona con una autovaloración pobre por parte del paciente (por ejemplo: "Inútil", "Incapaz") y con el estado de ánimo depresivo. En este caso, las técnicas conductuales buscan: 1) Producir un incremento en el nivel de actividad, para reducir la apatía, pasividad y carencia de reforzamiento del paciente y, 2) facilitar la evaluación empírica de sus pensamientos automáticos y significados asociados (por ejemplo incompetencia, inutilidad) (Beck, et al. 1983).

Así, se utilizaron las siguientes técnicas conductuales:

Programación de Actividades Diarias: entre especialista (residente de Medicina Conductual) y paciente programaron la ejecución de diversas actividades placenteras y distractoras con la finalidad de posibilitar el aumento de reforzamiento y distraer en los momentos de malestar.

Asignación Gradual de Tareas: entre paciente y especialista se establecieron objetivos-tarea graduales, adecuándolas al nivel de funcionamiento de la paciente e incrementando de modo creciente su dificultad a medida que progresa con ellas, esto permite aumentar sus expectativas de autoeficacia.

Técnica de Dominio y Agrado: mediante la ejecución gradual de actividades la paciente valora el dominio logrado en las mismas así como el placer experimentado con su realización; así mismo el especialista se apoya en dicha evidencia para corregir las distorsiones cognitivas asociadas a la falta de actividad y funcionalidad en el paciente.

Modelamiento y Ensayo Conductual: estas técnicas se utilizan para desarrollar nuevos comportamientos, incrementar la autoeficacia y disminuir los temores asociados a la tarea; se pudo ensayar con la paciente los pasos implicados en la tarea (búsqueda de empleo o actividad laboral) lo cual permitió disminuir el carácter dramático de dicha actividad.

- Manejo cognitivo

Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: dado que algunos pacientes debido a sus creencias disfuncionales, suelen inhibir su interacción social así como las conductas de defensa de sus derechos personales o expresiones de deseos y opiniones personales, se dotó a la paciente de habilidades que le permitiera expresar de una manera más abierta sus deseos e ideas personales.

Reestructuración cognitiva: se identificaron los supuestos personales (“tengo que hacer la cosas como los demás dicen”, “sin una pareja no soy feliz”) con la finalidad de comprobar la validez de dichos supuestos se utilizó la búsqueda de evidencia para refutarlos y se indujeron pensamientos alternativos más adaptativos y flexibles.

Evaluación

Registros:

- Por parte de la paciente se llevó a cabo un autorregistro diario de malestares físicos y emocionales así como registro de actividades placenteras.
- Por parte de la especialista se llevó a cabo observación y registro de conducta verbal y no verbal durante las sesiones:
 - a) Expresar preocupación por síntomas físicos
 - b) Verbalización de malestares emocionales
 - c) Llanto
 - d) Apariencia física
 - e) Indicadores observables de ansiedad (sudoración, movimiento continuo de manos)

Análisis de resultados

La paciente mostró adecuada adhesión psicoterapéutica acudiendo de manera puntual y periódica a sus sesiones, así mismo, mostro interés y responsabilidad por realizar cada una de las actividades durante las sesiones y fuera de ellas.

Autorregistro (*paciente*)

- Disminución de malestares físicos (dolores de cabeza, dolores de huesos, fatiga, insomnio....)
- Disminución de malestar emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad....).

- Incrementó la emisión de actividades placenteras tales como caminar, cocinar, platicar, ver televisión, así mismo,
- Se incorporó a un curso de repostería y concina,
- Inició actividad laboral.
- Disminución de aislamiento: La paciente refirió mayor interacción social con familiares, vecinos, amigas y conocidos.

Observación y registro de conducta verbal y no verbal (*durante las sesiones*)

- Se observó disminución en las verbalizaciones de malestar físico cotidiano (“ya me siento mejor, ya casi no he tenido dolores de nada...”).
- Disminución en las verbalizaciones sobre malestar emocional por el contrario refiere “ya me siento más tranquila, más contenta, dicen que me veo mejor, ya puedo reír, las personas lo notan y hasta se quedan asombrados”
- Durante el curso de la intervención la paciente acudió con mejor aliño personal, observándose conductas de sonrisa, con mayor capacidad para establecer y mantener contacto visual así como una postura corporal más erguida.
- Respecto a los indicadores observables de ansiedad, la paciente ya no presentó movimiento continuo de manos, ni sudoración, así mismo se observó menor rigidez en sus pies y en su lenguaje verbal se observó mayor fluidez.
- Finalmente se destaca que en la fase final del proceso terapéutico la paciente ya no presentó llanto.

Observación por otras personas:

Su médico tratante refirió mejoría importante en la paciente: “yo he visto mucho mejor a la paciente, ha mejorado bastante...”. La propia paciente refirió que otras personas notaron los cambios comentando “dicen que me veo mejor, las personas como mi familia y mis amigas lo notan y hasta se quedan asombrados” sic pac.

En congruencia con distintas investigaciones, en el presente caso, como se ha señalado en principio, las alteraciones afectivas en la mujer tienen repercusión importante en diversas áreas además de la física por lo que se reduce de forma significativa la calidad de vida de la paciente (Dobova et al. 2013; Flores y Martínez, 2012; Martínez et al. 2012; Parry, 2011; Tamayo et al. 2011a).

A partir de los hallazgos en este caso clínico se confirmaría lo referido en diversas investigaciones sobre la eficacia de la terapia Cognitivo Conductual sobre las alteraciones psicoemocionales particularmente las referidas a sintomatología de ansiedad y sintomatología depresiva (López et al., 2004; Williams y Dale, 2006; Tamayo et al., 2011b).

Los resultados obtenidos en la presente intervención son especialmente notorios cambios importantes que favorecen la calidad de vida de la paciente ya que sus síntomas físicos disminuyeron, su autoestima aumentó lo que le permitió extender sus redes sociales, así mismo el incremento en la seguridad en sí misma le permitió incorporarse al área laboral así como el incremento en la realización de actividades placenteras disminuyendo la sintomatología depresiva.

Reestructurar los pensamientos distorsionados acerca de las enfermedades físicas muy probablemente le permitió disminuir la sintomatología de ansiedad, así mismo pudo desarrollar habilidades de autocontrol emocional e incrementar la percepción acerca de su autoeficacia. Dichos cambios además de ser observados dentro del proceso psicoterapéutico y percibidos por la paciente, fueron reconocidos tanto por familiares, amistades y personal médico. Varios de estos individuos resaltaron y felicitaron a la paciente por la mejoría notablemente observada. Estos hallazgos son congruentes con los que sostienen que dentro de las intervenciones de Medicina Conductual es necesario observar cambios en distintos niveles, tales como paciente, familia y personal médico (Klesges, Dzewaltowski y Christensen, 2006; Glasgow, Davidson, Dobkin, Ockene y Spring, 2006).

Por otro lado, el tema de la salud en la mujer es muy extenso y son distintos factores los que pueden afectarla, tal como se observó en la

práctica clínica y como lo refiere la bibliografía (Blázquez et al., 2012; Espinosa, 2010; Hirigoyen, 2006 y Olaiz et al., 2006) una de las circunstancias que se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres es la violencia, por lo cual es imprescindible abordar dicha temática.

Violencia Conyugal

Tradicionalmente a la Violencia familiar se le ha considerado como un hecho privado que concierne únicamente a las personas involucradas en ella, sin embargo, su reconocimiento paulatino como un problema social y de salud pública dada su magnitud tanto por su frecuencia como por su gravedad, que impacta en todos los estrato socioeconómicos, culturales y religiosos, ha hecho que profesionales y autoridades nacionales e internacionales orienten sus esfuerzos hacia la atención de dicho problema (Espinosa, 2010; Ford, Merritt, Varcoe y Wuest, 2011; Gharaibeh, Abu-Baker y Aji, 2012). Una de las manifestaciones de la violencia familiar es justamente la violencia conyugal, donde las mujeres son las principales víctimas (Olaiz, et al. 2006; Hirigoyen, 2006; Labrador y Fernández, 2006).

El problema de la violencia es de tal gravedad que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta se encuentra dentro de las primeras causas de muerte entre las mujeres, se calcula que cada 15 segundos una mujer es agredida. Otra fuente, el Banco Mundial, estima que una de cada 5 mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres en algún momento de su vida y señala que la violencia es causa de muerte e incapacidad entre mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer. Estas situaciones ponen de manifiesto que en la actualidad el problema de la violencia conyugal y más específicamente la infligida contra las mujeres, constituye la forma de violencia interpersonal más preocupante (Blázquez et al. 2012).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares realizada en el año 2011 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y por el Instituto Nacional

de las Mujeres (INMUJERES) entrevistó a 24 566 381 mujeres casadas o que vienen unión libre mayores de 15 años de edad en 128 mil viviendas con representatividad nacional, rural-urbana y por entidad federativa. Sus hallazgos destacan que 46.1% es decir (más de once millones de mujeres) sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal; el Estado de México fue una de las entidades con mayor incidencia con un porcentaje de 56.9%.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública de México, realizó la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer (ENVIM) cuyo objetivo principal fue indagar sobre la violencia de pareja; la encuesta se aplicó a 26 042 mujeres mayores de 15 años de edad, en unidades médicas de primero y segundo nivel de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en los 32 estados de la República Mexicana. El estudio reveló que el 21.5% de las mujeres sufren algún tipo de violencia (psicológico, físico, sexual, económico) por parte de su pareja, resaltando que el 3% de estas mujeres se encuentran en peligro de muerte debido a la intensidad de la violencia (Olaiz et al., 2006).

Existe una diversidad de factores que dificultan combatir este problema, entre ellos se destaca el difícil reconocimiento de eventos violentos incluso por la misma víctima (Olaiz et al., 2006; Hirigoyen, 2006), así como el ocultamiento de esta problemática (Saldívar, Ramos y Saltijeral, 2004). Otro factor se relaciona con la tolerancia de la víctima durante mucho tiempo debido a diversas circunstancias, entre las cuales destacan: dependencia económica y/o emocional, miedo, imposiciones sociales o religiosas, vergüenza, ausencia de proyecto de vida, temor al futuro, ausencia o escasez de redes sociales, poca o mala atención por parte de las autoridades e instituciones gubernamentales, la esperanza de que el agresor cambie, la supuesta bondad del agresor, baja autoestima, sintomatología depresiva, etc. (Olaiz et al., 2006; Echeburúa, 2004; Ford et al. 2011).

Se ha señalado que en términos generales el maltrato comienza antes del matrimonio (Blázquez et al., (2012) y que las mujeres tardan alrededor de 10 años en solicitar ayuda (Labrador y Fernández, 2006); por lo que, como Oviedo (2006) refiere captar a mujeres que sufren violencia conyugal dentro de un ámbito hospitalario representa una gran oportunidad para que estas personas reciban apoyo profesional.

Respecto a las consecuencias de la violencia, éstas son múltiples no sólo para la víctima sino para las personas cercanas a ella, las cuales también se ven seriamente afectadas, situación que se traduce, además del sufrimiento, en costos en términos de problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos (Ford et al. 2011; INEGI, 2011; Labrador y Fernández, 2006).

Son diversas las investigaciones que han referido las consecuencias en la mujer violentada (Ford et al. 2011; Griffin, Resick y Yehuda, 2005; Olaiz, et al. 2006). La mayoría señala que una persona que ha permanecido en una situación de violencia crónica y grave presenta una serie de alteraciones que juntas engloban lo que se denomina el Síndrome de la Mujer Maltratada y que posee diversos componentes como baja autoestima, codependencia, sobrevictimización, somatización, inseguridad, sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, aislamiento, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, desesperanza, sintomatología depresiva, estrés postraumático, alteraciones cognitivas (negación o minimización de la problemática, percepción inadecuada de alternativas...), etc.

De igual forma resalta la asociación de la violencia con diversas conductas de riesgo para la salud como tabaquismo, alcoholismo, adicción a otras sustancias y conductas sexuales de riesgo (Blázquez et al. 2010; Echeburúa, 2004; Ford et al. 2011; Olaiz et al. 2006). También se han asociado consecuencias letales, entre las que destacan el homicidio, el suicidio y los intentos de suicidio (lesiones autoinflingidas). En efecto, la Encuesta Nacional sobre las Dinámicas y Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada en 2011, destaca que el 8.1% de las mujeres violentadas ha pensado en quitarse la vida y de ellas, 38.8% lo han intentado por lo menos en una ocasión.

Otra de las repercusiones se refiere a las cuestiones económicas (expresada en la utilización de servicios de salud y disminución en la actividad productiva), así como la afectación en la calidad de vida de la persona que es víctima de violencia (Olaiz et al. 2006; García et al., 2005; Ford-Gilboe, et al. 2011; INEGI, 2011).

Focalizando específicamente sobre los efectos en la salud física de la mujer como consecuencia de la violencia conyugal, diversos estudios han documentado una relación entre estas variables (Ford-Gilboe, et al. 2011). Por ejemplo, Loxton, Schofield, Hussain, y Mishra (2006) al realizar un estudio sobre la salud de las mujeres australianas con más de 14 000 participantes de 45 a 50 años de edad encontraron una relación entre la violencia doméstica y salud física (alergias, problemas respiratorios, dolor, fatiga, problemas intestinales, entre otros). Otro estudio (Griffin et al., 2005) reveló alteraciones neuroendocrinas importantes en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) que entre otras cosas está relacionado con la secreción de cortisol entre mujeres sobrevivientes de violencia doméstica.

En un estudio comparativo con mujeres maltratadas y mujeres no maltratadas se ubicó una asociación entre violencia por parte de un compañero íntimo y el estado inmune de la persona violentada, los autores proponen que estos hallazgos pueden ofrecer una explicación fisiológica de las afectaciones en la salud física a largo plazo como consecuencia de la violencia (Woods et al., 2005). Otros estudios sostienen que hay una asociación entre el estrés marital y la salud cardiovascular, estos autores reportan que entre las mujeres con historia de enfermedad coronaria hay mayor probabilidad de tener un accidente coronario si se encuentran sometidas a estrés marital (Macleod y Davey, 2001).

Mientras que en otras investigaciones se ha mostrado relaciones entre la tensión arterial, enfermedades coronarias, cefaleas, dolores musculares, problemas digestivos y la violencia conyugal. A este respecto, Hecheburúa (2004), refiere que a consecuencia del estrés crónico al que es sometida la persona violentada es frecuente la excreción de niveles altos de cortisol, que trae consigo consecuencias

negativas para la salud como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, disminución en las defensas del sistema inmunitario, sensación de fatiga crónica y mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Dada la gravedad de las consecuencias de la violencia, se han desarrollado diversos programas de intervención hacia las mujeres que son objeto de violencia conyugal (Ford et al. 2011). Sobre esta línea, Labrador y Fernández (2006) reportan cuatro estudios publicados que cumplen con los requisitos de aplicar un tratamiento protocolizado a víctimas de violencia doméstica que presentan Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).

Otros autores (Fernández, 2006) han explorado los efectos terapéuticos de un enfoque de musicoterapia en siete mujeres víctimas de maltrato conyugal residentes en Tijuana a fin de incidir sobre la autoestima, sintomatología depresiva y ansiedad de estas mujeres. Los resultados mostraron un aumento de la autoestima y disminución de los índices de sintomatología depresiva. Otro estudio es el de Labrador y Fernández (2006) cuyo objetivo principal fue probar la eficacia de una intervención breve para trastorno por estrés postraumático en 20 mujeres víctimas de violencia conyugal reveló resultados satisfactorios sobre la eficacia de este programa; así mismo, Oviedo (2006), reporta una intervención grupal bajo un enfoque cognitivo conductual dirigida a mujeres sobrevivientes de violencia de pareja, cuyo objetivo fue evaluar su eficacia sobre sintomatología depresiva, ansiedad y asertividad; dicha intervención fue aplicada a tres mujeres mexicanas residentes en el Estado de México, de la cual se encontró una disminución de los índices de sintomatología depresiva, ansiedad y mayor probabilidad de mostrar conductas asertivas.

Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han encaminado a valorar el efecto de la intervención psicológica sobre cuestiones meramente comportamentales (sintomatología depresiva, baja autoestima, estrés) y cuyas mediciones son básicamente de naturaleza psicológica (a través de inventarios).

Dado que la violencia además de generar consecuencias comportamentales, también tiene repercusiones importantes sobre la salud física en el contexto de una estrecha relación entre factores psicológicos y físicos (Ford et al. 2011; Loxton et al. 2006; Griffin et al. 2005; Woods et al. 2005), resulta de gran relevancia explorar la influencia de intervenciones comportamentales sobre cuestiones físicas, por lo que se desarrolló un anteproyecto de investigación denominado "*Intervención Cognitivo Conductual En Mujeres Que Viven Violencia Conyugal*" el cual tiene como finalidad proporcionar un plan de intervención psicológica en mujeres que viven violencia y verificar el impacto que dicha intervención puede tener sobre variables físicas tales como hipertensión arterial y temperatura periférica. Por el tiempo de estancia en dicho escenario clínico este anteproyecto no se pudo realizar, no obstante, se presenta en el *anexo 1* con el objetivo de dar seguimiento a este trabajo.

Por otra parte, como se ha mencionado, la detección de esta problemática resulta compleja, sobre todo ante poblaciones cuyo nivel educativo es bajo, una característica frecuente entre las pacientes atendidas en esta sede hospitalaria. Así, surgió la necesidad de adaptar un instrumento que fuera sensible a la medición de la violencia conyugal, de fácil y rápida aplicación entre personas con baja o nula escolaridad.

ADAPTACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN SOBRE LA VIOLENCIA CONYUGAL EN MUJERES RESIDENTES EN EL ESTADO DE MÉXICO

La violencia conyugal entendida como un problema de salud pública, debido a la elevada incidencia de casos y a la diversidad de alteraciones, afectaciones y consecuencias que ésta genera, se convierte en un tema de interés para las áreas médico, psicológico y social.

Como se ha mencionado, hay una diversidad de factores que dificultan combatirla, entre ellos se destaca el difícil reconocimiento de la violencia incluso por la misma persona, ocultamiento de la

problemática, dificultad para que el personal de salud como médicos y enfermeras detecten y reconozcan tales situaciones, así como factores socioculturales (Blázquez et al. 2012; Espinosa, 2010; Gharaibeh, et al. 2012; Hirigoyen, 2006; Olaiz et al., 2006).

Sobre esta línea, el Instituto Nacional de Salud Pública de México en un estudio cualitativo, donde se realizaron entrevistas a profundidad a 26 mujeres que reportaron estar o haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, cuya finalidad fue identificar los principales obstáculos o facilitadores en el proceso de búsqueda de apoyo para salir del problema; así mismo, de manera paralela se realizaron 58 entrevistas a distintos servidores de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos); se encontró que existe gran dificultad para ubicar situaciones de violencia conyugal, debido a distintos factores, entre los cuales se resalta que en ocasiones la propia persona no es capaz de identificar o reconocer la situación. Con respecto al personal de salud se observó que, de igual manera, suele ser difícil captar estas situaciones. Entre las principales barreras institucionales que dificultan la detección de mujeres maltratadas por parte de sus parejas, que refiere el personal de salud es la inexistencia de protocolos de detección de esta problemática. Cuando las mujeres acuden a los servicios de salud como consecuencia de la violencia, éstas suelen ocultar las verdaderas causas de las lesiones o daños presentados. De hecho, solo una proporción mínima de mujeres (18.4%) se acercan al personal de salud en busca de ayuda; las razones más importantes que argumentan para no hacerlo es porque no tienen confianza (50.4%), por sentimientos de “pena o vergüenza” (31.7%), porque lo consideran “algo muy privado” (18.3%) o porque el personal de salud tiene poco tiempo para atenderlas (9.1%) (Olaiz et al., 2006).

Por lo anterior resulta de suma importancia contar con instrumentos válidos, confiables y sensibles para la medición de la violencia conyugal en población mexicana y que además, sean de fácil y rápida aplicación.

Definición del Constructo Violencia Conyugal

La literatura proporciona diferentes términos (violencia doméstica, violencia hacia la pareja, violencia conyugal) y definiciones que se emplean al referirse al estudio de la violencia conyugal. Algunas definiciones la conceptualizan como “un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir: a) violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego punzo cortante; b) violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; c) violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual; d) violencia económica: ejercicio del control a través del dinero” (Valdez et al., 2006).

Otros la definen como una forma de maltrato que alude a cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un proceso continuo y sistemático a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (Blázquez et al., 2010).

La ley de Asistencia y Prevención de la Violencia para el Distrito federal (1996) la describe como "aquel acto de poder u omisión intencional recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga parentesco o lo haya tenido por afinidad civil, matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño”.

Finalmente la Norma Oficial Mexicana, la define como “Todo acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder (en función del sexo, la edad o la condición física), en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono” NOM-190-SSA de 1999.

Dada la diversidad de definiciones (aunque consistentes), para el presente estudio se adopta la siguiente:

Violencia conyugal: Es un patrón de conductas abusivas que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual, psicológico y económico usado por una persona en una relación íntima contra otra, para poder ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona. Dicha violencia es practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja, ex-pareja, novio o exnovio donde el agresor está en una situación de dominio permanente sobre la persona agredida (adaptado de Labrador y Fernández, 2006; Hechiburúa, 2004).

Características de la violencia conyugal

Dimensiones

Existen diversas maneras o formas en que la violencia se puede manifestar:

- **FÍSICA:** son aquellos actos dirigidos a dañar o lesionar alguna parte del cuerpo de la víctima se presenta como lesiones con el puño, mano o pie, (empujones, puñetazos, manotazos...) golpes con objetos, empleo de armas de fuego o punzocortantes (quemaduras, cortaduras...). Dichas conductas generan una serie de lesiones físicas de tal magnitud que incluso pueden generar alguna discapacidad, poner en riesgo la vida o bien generar la muerte.
- **PSICOEMOCIONAL:** Comprende insultos, humillaciones, agresiones verbales, amenazas, chantaje, rechazo, represión emocional o hechos tendientes a producir vergüenza, miedo o atemorizar a la víctima.
- **SEXUAL:** Se refiere a manoseos, acoso, hostigamiento sexual, tentativa de violación, violación, forzamiento para presenciar actos con carga sexual o realizar prácticas sexuales desagradables.

- **ECONÓMICA:** Es una de las prácticas más sutiles de la violencia, que consiste en el control o restricción del dinero o de los bienes materiales como una forma de dominación o castigo, se suele excluir a la víctima de la toma de dediciones financieras, controlar sus gastos y sus ingresos.

Áreas de incidencia

Son múltiples las consecuencias de la violencia conyugal y se pueden clasificar de acuerdo a las siguientes áreas de incidencia.

- **Personal:** Una persona que ha permanecido en una situación de violencia crónica y grave presenta una serie de alteraciones a nivel personal como baja autoestima, codependencia, sobrevictimización, somatización, inseguridad, sentimientos de culpa, vergüenza, miedo, aislamiento, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, desesperanza, sintomatología depresiva, estrés, alteraciones cognitivas (negación o minimización de la problemática, percepción inadecuada de alternativas), diversas consecuencias físicas (lesiones, heridas, hematomas, dolores corporales, daño por relaciones sexuales, obesidad, desnutrición, vulnerabilidad a enfermedades físicas), conductas de riesgo para la salud (tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, conducta sexual de riesgo) y consecuencias mortales (suicidio, homicidio, mortalidad materna, SIDA), etc.
- **Familiar:** El ámbito familiar se ve seriamente afectado por la problemática de la violencia conyugal. Múltiples estudios se ha encaminado a indagar esta afectación y se revela que una proporción importante de afectación recae en los hijos de las víctimas de violencia conyugal (Labrador y Fernández, 2006).
- **Social:** Diversos autores reportan que es tal la magnitud de la problemática de violencia conyugal que se habla de un problema a nivel social y de salud pública, pues en cierta forma la sociedad en general se ve afectada por esta problemática. Algunas repercusiones se refieren al ámbito económico (expresada en la utilización de servicios de salud y disminución en la actividad

productiva a causa de la violencia) (Ford et al. 2011; Olaiz et al. 2006; García et al. 2005).

Meta-Análisis de Instrumentos existentes sobre Violencia Conyugal

Se han diseñado diversos instrumentos para la medición de la violencia conyugal o ciertas dimensiones de esta, entre otros: el Index of Spouse Abuse, el Abuse Assessment Screen y el Severity of Violence Against Women Scale, mismos que se ha desarrollado con poblaciones extranjeras (Valdez et al., 2006).

De acuerdo a Alva (2002) y Valdez, et al. (2006), uno de los instrumentos más utilizados es The Conflict Tactic Scale de Strauss diseñado en 1979 considerado como una medida válida y confiable para estimar la intensidad del conflicto familiar, consta de 18 preguntas que evalúa tres aspectos de la dinámica familiar; razonamiento verbal, agresión verbal y violencia. No obstante, una de las principales críticas o limitaciones del instrumento es su tendencia a evaluar los conflictos familiares ocultando las dimensiones de género y poder que subyacen a la violencia conyugal (Valdez et al., 2006).

Sobre esta misma línea, la escala Tácticas del Conflicto Revisada (CTS2) cuya modalidad es de auto-informe de 33 reactivos se ha usado para medir el nivel de conflicto entre las parejas. Las puntuaciones de las sub-escalas proporcionan información sobre la agresión física, agresión psicológica y lesiones. La consistencia interna para cada una de las sub-escalas caen dentro del rango de .86 a .95 (Griffin et al. 2005).

Otro instrumento llamado Gravedad (severity) de Violencia Contra las Mujeres (SVAWS) contiene 46 reactivos con escalas tipo Likert de 4 puntos, cuya consistencia interna se estimó con 707 estudiantes femeninas, mediante el coeficiente alfa de Cronbach obteniéndose tres sub-escalas (violencia física, violencia de amenaza y violencia sexual) cuyos puntajes fueron de .95, .94 y .91 respectivamente.

Por otra parte, la escala Valoración de Peligro (DAS) es un instrumento compuesto por 19 reactivos dicotómicos desarrollado para determinar

el riesgo de homicidio en mujeres maltratadas. La confiabilidad y validez de este instrumento se ha establecido con grupos étnicos, así como población clínica y población general (Woods et al. 2005).

Dado que existen distintos tipos de violencia, también se han diseñado instrumentos para medir específicamente la violencia psicológica, uno de ellos es la Escala de Índice de Abuso del Esposo, el cual posee una sub-escala denominada abuso no físico (ISA-NP) y su finalidad es medir el abuso emocional. Es una subescala de 18 reactivos en modalidad de autoinforme diseñada para evaluar la magnitud del abuso emocional experimentado por las mujeres en relaciones abusivas. La confiabilidad y validez del ISA-NP se ha establecido con grupos étnicos (Woods et al. 2005).

Respecto a estudios mexicanos destacan los de López (2005) quien tradujo al español la escala Tácticas de conflicto (CTS) a través de la técnica “traducción y retraducción”, a fin de diseñar un sistema observacional para codificar la interacción conyugal. Alva (2002) utilizó parte de esta escala para valorar lo que mujeres mexicanas ubican como violencia leve-moderada y violencia grave, destacando que una de las limitaciones de esta escala es que se maneja en el campo de lo subjetivo.

Otros instrumentos diseñados en población mexicana al respecto de la violencia, son los desarrollados por Saldívar et al. (2004). Dichos instrumentos son la Escala de Aceptación de la Violencia de Velicer y la Escala de Mitos de Violación que fue construida tomando como base los ocho reactivos originales de la escala de Buró y cuatro de la escala de Struckman-Johnson. La Escala de Aceptación de la Violencia de Velicer consta de 14 reactivos con escalas tipo Likert de tres puntos (de acuerdo a totalmente en desacuerdo); a mayor puntaje mayor aceptación de la violencia.

Con una lógica similar, un cuestionario denominado Escala de Mitos de Violación se conforma por reactivos con escala tipo Likert con tres opciones de respuesta (de acuerdo a totalmente en desacuerdo), entre más elevado sea el puntaje mayor la aceptación de los mitos de

violación sexual. En estos instrumentos se determinó la validez de constructo y confiabilidad utilizando 300 estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los resultados revelaron que para la Escala de Aceptación de la Violencia se agruparon tres factores: aceptación de la *violencia familiar*, aceptación de *tácticas disciplinarias violentas* y aceptación de la *violencia militar*. Se obtuvo un alfa general de .83, con lo que se considera una buena consistencia interna. La Escala de Aceptación de los Mitos de Violación arrojó dos factores: culpabilización de la mujer e invulnerabilidad-culpabilización del hombre con un alfa general de .85 (Saldívar et al. 2004).

Por su parte, Valdez et al. (2006) diseñaron la Escala de Violencia e Índice de Severidad, la cual se aplicó a 26 042 mujeres mexicanas mayores de 15 años en un estudio realizado a nivel nacional. La escala está conformada por 19 reactivos, mismos que se distribuyeron en cuatro factores (violencia psicológica, violencia física, violencia física grave y violencia sexual) tiene consistencia interna de .99 (Alfa de Cronbach). Es curioso que los resultados revelaron que sólo un 21% de las mujeres sufrió en los últimos 12 meses, algún tipo de violencia por parte de su pareja actual, datos que al compararse con otras investigaciones (INEGI, 2011) son inferiores por lo que estos resultados pueden hacer sospechar acerca de la sensibilidad del instrumento quizá como consecuencia de un efecto de deseabilidad social.

Dentro de la variedad de instrumentos, existen los de modalidad de entrevista, entre las que se destaca la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, cuya finalidad es identificar índices de violencia doméstica (Labrador y Fernández 2006).

Finalmente, uno de los instrumentos que ha mostrado adecuados niveles de confiabilidad y validez es la Escala de Violencia diseñada por Cienfuegos en el 2004 (*véase el anexo 2*). Este instrumento se desarrolló con población previamente detectada que acudía a las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar del Distrito Federal, consta de 70 reactivos tipo Likert de 5 intervalos que van de “nunca en el año (1) a siempre en el año (5)” con .98 de Alfa de

Cronbach). Respecto a validez de constructo, un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal reveló ocho factores que explican el 72.53% de la varianza. Entre las principales limitaciones de la Escala de Violencia que Cienfuegos (2004) menciona, es que fue diseñada con población previamente detectada, que el instrumento es muy extenso y está diseñado solo para población escolarizada.

Por lo anterior, el objetivo para el presente estudio fue adaptar la Escala de Violencia diseñada por Cienfuegos (2004) para población no escolarizada en una versión breve, que cuente con características psicométricas de confiabilidad y validez adecuadas.

PROCESO DE ADAPTACIÓN

Primer piloteo

Para la adaptación de la Escala de Violencia (Cienfuegos, 2004) se seleccionaron sólo aquellos reactivos con mayor peso factorial, por arriba de .60, por lo que de 70 reactivos que comprende la Escala de Violencia en su versión original se seleccionaron sólo 47 reactivos para el primer piloteo (*véase el anexo 3*).

Este piloteo se realizó con 20 mujeres con nula escolaridad, que mantenían una relación de pareja al momento de la aplicación y recibían atención médica u hospitalaria en el Hospital General de Atizapán. La aplicación se hizo de manera individual y tuvo una duración aproximada de 20 a 25 minutos. En este primer piloteo las instrucciones, las preguntas y las opciones de respuestas se leyeron tal como se presentan en la versión original de la Escala de violencia, agregando la siguiente consigna: "Si no entiende alguna pregunta o palabra, por favor pregúnteme".

Durante el primer piloteo, sólo 7 de las 20 participantes entendieron las instrucciones y las opciones de respuesta. Con respecto a las preguntas, 12 participantes reportaron que algunos reactivos se repetían, mientras que 8 refirieron que era adecuado el número de reactivos. En lo que refiere a la comprensión de los reactivos, 9 de ellos no parecían

entenderse en lo absoluto y 16 se entendieron parcialmente. Así, se descartaron 9 reactivos por falta de comprensión por las participantes y 3 porque las participantes reportaron que se repetían, quedando un total de 35 reactivos.

Segundo piloteo

En esta fase se evaluaron sólo los 35 reactivos seleccionados en la fase anterior, adicionalmente, se diseñó una versión pictográfica para población no escolarizada donde se simplifican las opciones de respuesta, mismas que se modificaron al reducirse el número de opciones de 5 a 4. En los reactivos se substituyó la redacción original por términos que las participantes reportaron como más comprensibles pero conservando el significado lingüística o culturalmente equivalente. Con respecto a las instrucciones, éstas se explicaron con más detalle y algunos reactivos tuvieron modificaciones mínimas (*véase el anexo 4*).

El segundo piloteo se realizó con 30 mujeres cuya escolaridad era nula o baja (primaria incompleta), que mantenían una relación de pareja al momento de la aplicación y que estaban recibiendo atención médica en el Hospital. La aplicación se hizo de manera individual y tuvo una duración aproximada de 15 minutos. La consigna proporcionada fue *“se está realizando una entrevista para indagar situaciones sobre las relaciones de pareja a fin de proporcionarles mayor orientación, si está de acuerdo en participar, le voy a leer una serie de preguntas las cuales usted tiene que contestar con toda la verdad tachando el cuadro que mejor describa su situación y si existe alguna pregunta o palabra que no entienda por favor pregúnteme”*.

En este piloteo 28 de las 30 participantes reportaron haber comprendido las instrucciones, con respecto a las opciones de respuesta, 26 reportó haberlas comprendido en su totalidad. En lo que refiere al número adecuado de reactivos, 22 participantes mencionaron que era un número adecuado, 7 refirieron que algunos reactivos se repetían o que eran muy numerosos y sólo una participante opinó que era insuficiente el número de reactivos. En lo que refiere a la

comprensión de los reactivos 3 no se comprendieron por lo que se descartaron; finalmente 2 reactivos más se descartaron porque las participantes reportaron que se repetían con algún otro reactivo, por lo que en la versión final quedaron 30 reactivos.

Versión final

La adaptación final de la escala quedó conformada por 30 reactivos, de la cual se diseñaron dos formatos, esta versión se aplicó a 160 pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán. Un total de 82 aplicaciones se realizaron con el formato para población escolarizada (*véase el anexo 5*) con participantes que contaban con primaria completa o mayor. El resto de las aplicaciones se realizó con el formato para población no escolarizada (*véase el anexo 6*) con nula escolaridad de las participantes o con primaria incompleta. Dicha aplicación se realizó de manera individual y duraba aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Tanto en los dos piloteos como en la aplicación final, se solicitó la autorización y consentimiento de manera verbal a todas las participantes, así mismo, se hizo hincapié en la confidencialidad de las respuestas y (en caso necesario) se proporcionaba contención emocional, además de extender la invitación para recibir apoyo psicológico de manera gratuita en el Hospital, en los casos que parecían requerirlo.

Características del grupo

Como se ha mencionado, la última adaptación de la Escala de Violencia se aplicó a 160 mujeres usuarias del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Atizapán.

La media de edad de las participantes fue de 29 años oscilando entre 20 y 40 años. Respecto al nivel de escolaridad, 18% reportó no tener estudios, 30% con primaria incompleta, 28% primaria completa, 5% secundaria incompleta, 10% secundaria completa, 4% bachillerato incompleto, .6% bachillerato o equivalente y 2.5% con licenciatura.

En cuanto a estado civil el 45% dijo vivir en unión libre, el 29% estar casada y el 25% informó ser soltera. El 86.9% reportó vivir con su pareja mientras que el 13.1% informó no estar viviendo con su pareja. En cuanto ocupación el 81% refirió dedicarse al hogar y el resto, refirió ocupaciones de empleada, estudiante o desempleada.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis de frecuencias, para establecer si cada uno de los reactivos puntuó en todas las opciones de respuestas y determinar algún sesgo. Se aplicó la prueba de Levene's para identificar la igualdad de varianzas y todos los reactivos presentaron variaciones desiguales. Para observar si los reactivos discriminaban, se utilizó la prueba T para muestras independientes. Sólo un reactivo (19) no resultó significativo, por lo que se eliminó del análisis. Así mismo, se realizó un análisis de *Crosstabs* para determinar la direccionalidad de los reactivos. Los principales hallazgos del análisis estadístico se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. TABLA DE DECISIÓN

Reactivo	Opciones	Sesgo	Prueba t	Dirección	r item/total	r ²	Alfa	Decisión
1	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
2	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
3	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI
5	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
6	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
7	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
8	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
9	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
10	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
11	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI
12	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
13	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
14	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI
15	x	✓	✓	✓	x	x	x	NO
16	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
17	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
18	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
19	✓	✓	x	x	x	x	x	NO
20	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
21	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
22	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
23	x	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
24	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
25	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
26	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO
27	✓	✓	✓	x	✓	✓	✓	SI
28	✓	✓	✓	✓	x	x	x	NO
29	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI
30	✓	✓	✓	x	x	x	x	NO

Un análisis de correlación bivariada reveló que las correlaciones entre los reactivos fueron relativamente bajas (menores a .65) por lo que se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal del cual se obtuvieron ocho factores que explican el 68% de la varianza, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. ANÁLISIS FACTORIAL (componente rotado)

Reactivo	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
R 1			,627					
R2						,472		
R3	,627							
R4		,688						
R5				,450		,608		
R6	,419			,600				
R7	,769							
R8			,681					
R9							,583	
R10	,708					,404		
R11	,704							
R12		,481						,402
R13			,536		,423			
R14	,615							
R15						,719		
R16								,789
R17	,409							
R18			,532	,471				
R20				,470				
R21	,602							
R22					,718			
R23		,674						
R24		,593						
R25							,825	
R26					,669			
R27		,654						
R28				,752				
R29			,508					
R30							,433	,590

Método de extracción: Análisis de componente principal

Método de rotación: Varimax con normalización de Kaiser.

Algunos reactivos se encuentran en más de un factor por lo que se tomó la decisión de conservar solo tres factores y dos indicadores, de modo que la versión final de la escala quedó conformada por 15 reactivos obteniéndose una consistencia interna para la escala general de .86 mediante el coeficiente alfa de Cronbach. (véase el anexo 7). La tabla 3 muestra las principales características de cada factor.

Tabla 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES

Número de factor	Reactivos que lo conforman	Peso factorial de cada factor	Confiabilidad del factor	Nombre del factor
1	R 3	,627	.78	Violencia Física
	R 7	,769		
	R 11	,704		
	R 14	,615		
	R 17	,409		
	R 21	,602		
2	R 4	,688	.72	Violencia Sexual
	R 23	,674		
	R 24	,593		
	R 27	,654		
3	R 1	,627	.68	Violencia Psicoemocional
	R 8	,681		
	R 29	,508		
Indicadores	R 9	,583		Indicadores de Control
	R 25	,825		

Conclusiones

La versión final de la Breve Escala de Violencia obtuvo adecuados niveles de confiabilidad, así mismo, se formaron tres factores principales que miden distintos tipos de violencia como la física, sexual, psicoemocional y dos indicadores que evalúan el control hacia la persona, todas ellas características comunes en las situaciones de violencia conyugal. Se puede determinar que se cumplió con el objetivo planteado por el estudio, al obtenerse una escala breve de fácil y rápida aplicación para población no escolarizada, con adecuados niveles de confiabilidad y validez.

A diferencia de la versión original, la Breve Escala de Violencia se probó con población no identificada previamente, por lo que este instrumento es eficaz para detectar situaciones de violencia conyugal en el contexto donde la detección es uno de los principales obstáculos que se presenta dentro de la problemática de violencia conyugal.

Dado que las situaciones de violencia suelen ser muy frecuentes y en ámbitos como el hospitalario no se cuenta con el personal y tiempo suficiente para detectar estos casos, conviene probar la eficacia de la Escala en forma grupal, por lo que esta es una de las principales sugerencias para futuros estudios.

CAPITULO 2

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Características de la sede

El hospital Juárez de México (HJM) se fundó en 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo con el nombre de Hospital de San Pablo, fue en el año de 1872 que se le dio el nombre de Hospital Juárez. Durante el sismo ocurrido en la Ciudad de México de 1985, dicho hospital se derrumbó por lo que se reconstruyó al norte de la ciudad de México en Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Col. Magdalena de la Salinas, Del. Gustavo A. Madero y se reinauguró el 19 de Septiembre del 1989.

El HJM es considerado como un hospital de tercer nivel debido a su alta especialización; cuenta con 19 especialidades y subespecialidades médicas distribuidas en siete edificios. La dirección general comprende cuatro rubros: dirección médica, dirección de investigación y enseñanza, dirección administrativa y la Escuela de Enfermería (Vargas, 2000).

Nefrología

El servicio médico al que se asignó la Residente que suscribe fue el servicio de Nefrología, bajo la supervisión in situ del jefe del servicio de Psiquiatría y Psicología y del jefe de servicio de Nefrología, así mismo, contó con la supervisión académica de la Mtra. C. Bravo, profesora de la UNAM, quien acudía periódicamente al hospital.

El servicio de Nefrología se conforma por el jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes, personal de enfermería, trabajadora social y dos residentes de Medicina Conductual. En este servicio se brinda atención médica a pacientes con alteraciones en el funcionamiento de los riñones a través de consulta externa, hospitalización, así mismo, se cuenta con área de hemodiálisis y

diálisis peritoneal. Las actividades realizadas se centraron principalmente en el área de hospitalización y consulta externa.

Práctica clínica

Recibir un diagnóstico y lidiar con un padecimiento que requiere de un cambio importante en el estilo de vida de las personas hace que la labor del psicólogo resulte crucial a fin de coadyuvar tanto en el tratamiento como en el bienestar del paciente. En este servicio se realizaron diversas actividades: en hospitalización era fundamental que la residente de Medicina Conductual se integrará al pase de visita de los médicos ya que esto permitía conocer la situación médica de cada paciente y poder determinar el tipo de intervención requerida.

Las atenciones en esta área principalmente incluyeron intervención en crisis hacia pacientes y familiares. Dado que recibir un diagnóstico de un padecimiento degenerativo e irreversible que demanda cambios radicales en el estilo de vida resulta devastador para la mayoría de los individuos involucrados, directa o indirectamente, entre otros, el objetivo de las intervenciones era promover el periodo de asimilación, aceptación y adaptación a esta nueva condición de vida. Respecto a los familiares, la intervención se dirigió a proporcionar contención emocional ante procesos de duelo ante la pérdida por el fallecimiento de su paciente.

Se proporcionó atención psicológica por medio de técnicas de relajación iniciada con respiración diafragmática dirigida a la preparación del paciente para enfrentarse a procedimientos médicos invasivos como la colocación de catéter para el tratamiento sustitutivo de la función renal o biopsias renales.

De igual manera, se brindó seguimiento a los pacientes a través de la consulta externa, dichas intervenciones se dirigieron principalmente a disminuir estados de ansiedad y sintomatología depresiva así como promover el proceso de aceptación del padecimiento y adaptación al nuevo estilo de vida procurando así un mejor apego o adhesión terapéutica al tratamiento médico.

Debido a que en los padecimientos crónico-degenerativos resulta fundamental el apoyo de los familiares o personas cercanas para facilitar un cambio en el estilo de vida, semanalmente se proporcionó el taller *“Apoyo Psicológico a Familiares y Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal”* basado en psicoeducación sobre distintas temáticas que promovieran una mejor adaptación y apoyo por parte de familiares. Se abordaron temas como insuficiencia renal, tratamiento del padecimiento, consecuencias del padecimiento y estrategias para promover una mejor adhesión terapéutica, entre otros.

Actividades académicas

Por parte del supervisor in situ se programaban distintas actividades de supervisión tales como revisiones bibliográficas de temas relacionados al trabajo psicoterapéutico, sesiones clínicas donde se presentaban casos clínicos junto con el personal adscrito del área de Psicología y Psiquiatría del Hospital.

La supervisión académica se realizaba los viernes de 11 a 13 horas, donde se revisaba la metodología para los protocolos de investigación y reporte de experiencia profesional, se revisaba bibliografía relevante para el desarrollo de competencias en el desempeño clínico.

Con la finalidad de incorporar mayor información del ámbito médico se asistía regularmente a las sesiones académicas calendarizadas semanalmente por el hospital y se asistió a la conferencia *“Padecimientos renales en el embarazo”* organizada por la Asociación de Nefrólogos y celebrada en el Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Dentro de los padecimientos crónico-degenerativos que más deterioran la salud y el funcionamiento del ser humano figura la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Se trata de un problema de salud pública creciente debido al número progresivo de casos, la alta mortalidad y

elevados costos en su tratamiento, situación por la cual se le denomina enfermedad emergente (Treviño, 2004). En México, dicho padecimiento tiene una incidencia de aproximadamente 4000 nuevos casos por año, es decir 1 entre 8% y 10% de la población mexicana mayor de 20 años padece esta enfermedad por lo que se considera un problema de salud pública (Rivera, Montero y Sandoval, 2012).

En México como en la mayor parte del mundo se ha presentado un incremento importante en la prevalencia e incidencia de la enfermedad renal, situación por la cual en la actualidad se le considera una pandemia que afecta aproximadamente al 10% de la población adulta en diferentes partes del mundo. De acuerdo a estadísticas recientes del Instituto Mexicano del Seguro Social se estima una incidencia de 377 casos por millón de habitantes, y hay actualmente alrededor de 52 000 pacientes que reciben terapias sustitutivas de la función renal (Ávila, 2013).

Entre los síntomas frecuentes de la IRC, se destacan seria pérdida de peso, náuseas, vómito, sensación de malestar general, fatiga, dolor de cabeza persistente, hipo frecuente, prurito generalizado, producción disminuida de orina o mayor volumen de orina, necesidad de micción durante la noche, se forman fácilmente magulladuras (moretones) o se produce sangrado, puede haber sangre en el vómito o en las heces. Otros síntomas incluyen contorsión muscular o calambres, pigmentación aumentada de la piel (amarillenta o marrón) escarcha urémica (depósitos de cristales blancos en la piel y por encima de ésta, sensibilidad disminuida en manos, pies y otras partes del cuerpo, somnolencia, letargo y coma. En el ámbito psicológico se generan problemas de atención y concentración, así como diversas alteraciones emocionales, entre las que destacan negación, irritabilidad, estrés, ansiedad y depresión.

Dado que se trata de una enfermedad progresiva, la función renal se va deteriorando de tal forma que cuando dicha función está seriamente limitada (menor al 10% de lo normal) surge la necesidad de iniciar tratamientos que sustituyan la función de los riñones, padecimiento al

que se le conoce como Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) (Rivera, Montero, Sandoval y Gómez, 2013).

Al respecto de los tratamientos para la disfunción renal, existen tres tipos: diálisis, hemodiálisis y trasplante renal; los primeros dos tratamientos están dirigidos a atender la disfunción renal excretora, los cuales han sido descritos como dolorosos y angustiantes (Finkelstein, Watnick, Finkelstein y Wuerth, 2002).

Dadas las condiciones socioeconómicas de nuestro país, uno de los tratamientos más utilizados es la diálisis peritoneal, dentro de este tipo de tratamiento existen tres modalidades, tales como diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal intermitente (DPI) y diálisis peritoneal automatizada (DPA) (Treviño, 2004).

La diálisis peritoneal es un tratamiento invasivo que consiste en introducir líquido de diálisis a la cavidad peritoneal utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre de desechos tóxicos y eliminar el exceso de líquidos. El peritoneo es una membrana delgada permeable que se encuentra en el interior del abdomen, que recubre y mantiene en su lugar el estómago, hígado y demás órganos. LA DPCA es una modalidad de la diálisis peritoneal que de manera estándar requiere de cuatro intercambios diarios de dos litros de solución de diálisis con un periodo de permanencia interperitoneal de seis horas. Cabe señalar que el paciente realiza esta maniobra en su domicilio dedicando una hora aproximadamente de su tiempo a este tratamiento por lo que se ha reportado que el impacto de la DPCA en la calidad de vida del paciente suele ser muy importante, con profundas consecuencias psicosociales para él y su familia (Rivera et al., 2012).

Además de la DPCA, el tratamiento implica grandes demandas en el paciente ya que comprende modificación en la conducta alimentaria, control en la ingesta de líquidos, ingesta de diversos medicamentos, recambios de líquidos con un control estricto de higiene corporal y ambiental. Cuando se llega a esta etapa de la enfermedad, el paciente y su familia se ven seriamente impactados por las complicaciones experimentadas, por el grado de cambios requeridos en el estilo de

vida, donde frecuentemente el proyecto de vida tiene que modificarse, generándose así diversas implicaciones a nivel físico, familiar, social y psicológico.

A nivel físico el paciente con IRCT presenta múltiples alteraciones cardiovasculares, pues la presión arterial, la frecuencia respiratoria y cardiaca se pueden elevar. Se puede presentar anorexia o sangrado digestivo y edema pulmonar grave. En el aspecto social el paciente con IRCT tiene problemas en las actividades laborales, aquellas personas que han trabajado durante mucho tiempo sufren una especie de "muerte social" que conlleva a problemas económicos, así mismo, hay una reestructuración de los roles familiares que conllevará a problemas dentro del ámbito familiar (Rivera et al., 2012).

Dado que los pacientes que reciben DPCA están ligados a un ritual diario repetitivo para realizar los recambios del líquido, diversas investigaciones reportan alteraciones como angustia, sentimientos de incapacidad, ansiedad, disminución en el interés o placer en todas las actividades, depresión, irritabilidad, resentimiento, culpas, conflictos familiares, deterioro de la autoimagen, disfunción sexual, negación, estrés, ideación o intento suicida, miedo, frustración, baja autoestima, aislamiento, conducta poco cooperativa; la sintomatología depresiva y la ansiedad son las más frecuentes (Hoth et al. 2007; Tyrrell, et al. 2005; Kimmel, 2002; Finkelstein, et al. 2002; Rivera et al., 2012). Dichas alteraciones se asocian a muy diversas situaciones estresantes características en la vida del paciente en DPCA (temor a la discriminación social, estresores fisiológicos como el dolor, limitación de líquidos, restricción dietética, fatiga, debilidad, limitación de actividad física, alteraciones del sueño y hospitalizaciones frecuentes.

Algunos estudios reportan que los pacientes con IRCT que experimentan alteraciones psicoemocionales (sintomatología depresiva y ansiedad principalmente) suelen presentar mayores complicaciones médicas debidas a la falta de adhesión terapéutica, menor expectativa de vida y su calidad de vida se ve seriamente deteriorada (Hoth, et al. 2007; McDade et al. 2006; Tyrrell et al. 2005; Loos et al. 2003; Kimmel 2002; Finkelstein, et al. 2002; Rivera et al., 2012).

Respecto a la adhesión terapéutica, diversos estudios reportan que entre el 30% y 60% de los pacientes que están en tratamiento de diálisis peritoneal no se adhieren a su tratamiento en términos de régimen dietético, restricción de líquidos e ingesta de medicamento (Christensen y Ehlers, 2002; Fisher, 2004).

La falta de adhesión terapéutica tiene importantes repercusiones pues el paciente puede presentar complicaciones que generan gran sufrimiento e incapacidades irreversibles y progresivas. Existe gran posibilidad de disrupción familiar con repercusiones para la pareja e hijos principalmente; y por último, en el nivel social, las pérdidas se representan en términos de grandes costos para las instituciones de salud al proporcionar servicios que se utilizan de forma inadecuada y que a su vez genera problemas como prolongación de tratamientos, presentación de recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

Diversos factores disminuyen la adhesión terapéutica, entre los que destacan la complejidad del tratamiento, creencias erróneas al respecto del padecimiento y tratamiento del mismo, ausencia de síntomas o efectos secundarios al tratamiento, lo demandante del cambio de conducta requerido, el tiempo de espera para las consultas, una relación médico-paciente deficiente y falta de recursos económicos, entre otros (Guerrero y Gallardo, 2013; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez y Willey, 2003).

Dentro de los padecimientos renales específicamente en la IRCT, la adhesión terapéutica es indispensable para preservar la vida y calidad de la misma en el paciente (Takiki y Yano, 2006). A continuación se describe un caso clínico donde se muestra el nivel de afectación de este padecimiento con énfasis en las alteraciones psicoemocionales y el riesgo para la propia vida del paciente. A partir de la intervención Cognitivo-Conductual basada en el manejo emocional y mejoramiento de la adhesión terapéutica se busca mejorar la calidad de vida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

- Nombre: AHS
- Edad: 23 años
- Fecha de nacimiento: 5/08/1984
- Estado Civil: Soltera
- Sexo: Femenino
- Escolaridad: 2do. Secundaria
- Ocupación: Hogar
- Religión: Católica
- Lugar de origen: Estado de México
- Residencia: Distrito Federal
- Número de hermanos: 18 paternos y 1 materno

Motivo de consulta

Paciente femenina con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónico Terminal (IRCT), quien presentaba sintomatología de ansiedad ante la falta de apoyo familiar.

Impresión y actitud general

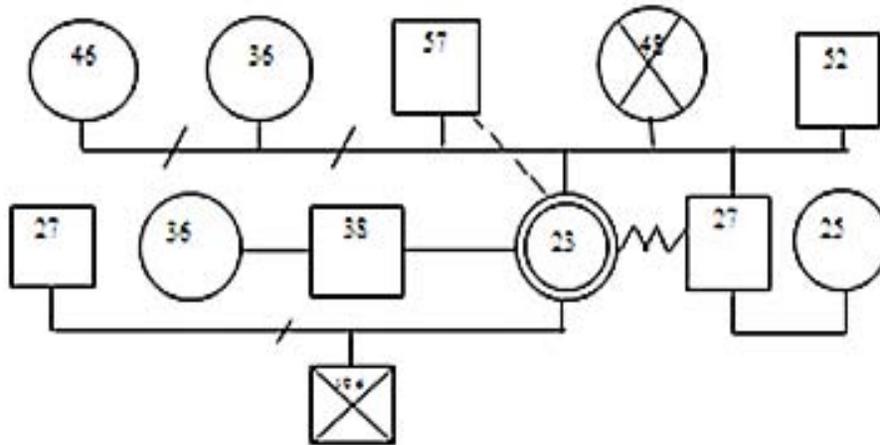
Se trata de una paciente con edad aparente mayor a la cronológica, de estatura promedio, complexión delgada, tez morena clara. Durante las sesiones se mostró cooperadora, atenta y con interés, así mismo, se observaron signos de ansiedad como movimiento continuo de manos y pies, así como dificultad para estructurar lenguaje, tratando de mostrar una actitud controlada.

Examen mental

Durante las sesiones de intervención, se observó a la paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con capacidad de atención y concentración, sin alteraciones en la memoria a corto y largo plazo, estableciendo un lenguaje lógico, coherente y congruente, con un proceso de pensamiento lógico y coherente, cuyo contenido referido

a ideas que expresan negación ante la falta de apoyo familiar, no se detectaron alteraciones sensorio-perceptuales.

Familiograma



Significado de símbolos (Fuente: McGoldrick y Gerson, 1985)

-  Hombre
-  Mujer
-  Paciente identificado
-  Fallecimiento
-  Separación
-  Relación distante
-  Relación conflictiva

Historia familiar

La paciente es hija única, sin embargo, tiene un medio hermano por parte de su madre y varios medios hermanos (18 aproximadamente) por parte de su padre, de los cuales solo conoce a diez.

Refiere que durante su infancia creció con su madre, con uno de sus hermanos (hijo de su madre) y con su padre. Recuerda que sus primeros años de vida fueron “felices”, hasta que su padre se marchó de la casa cuando ella tenía 5 años, no obstante, aún mantenía contacto con su padre ya que los visitaba frecuentemente. Cuando la paciente tenía alrededor de 9 años dejó de tener contacto total con su padre, situación que le afectó considerablemente, la paciente refiere “cuando ya no vi a mi padre, me puse muy triste porque lo quería mucho, recuerdo que me enoje tanto que decidí reprobar en la escuela”. Informa que la relación con su madre fue “buena”, sin embargo, en ocasiones la golpeaba, principalmente por cuestiones escolares. Con respecto a su hermano, la paciente comenta “mi relación con él era muy buena, nos llevábamos bien, pero todo cambio cuando me embaracé y él se casó”.

Historia social

La paciente se describe como una persona poco social y aislada comenta: “casi no tenía amigos, sólo recuerdo a una amiga que me ayudó en un momento importante de mi vida, pero ahora no me puede ayudar”; ubica como único apoyo social a su pareja con quien llevaba tres años de relación sentimental, y “cuñadas” ya que perdió contacto con su padre y hermano, no obstante, su pareja se marchó refiriendo no poder apoyarla ya que tiene otra familia.

Historia escolar

La paciente se mantuvo como alumna regular en los primeros años escolares (calificaciones de 7 y 8), sin embargo, reprobó el cuarto año de primaria en cuatro ocasiones, comenta “cuando mi papá se fue yo decidí reprobar y así lo hice durante cuatro años lo que me trajo problemas con mi mamá hasta que un día decidí demostrarle a mi mamá que yo también podía ser tan buena como mi hermano...”. Logró concluir la primaria y cuando estaba en segundo año de secundaria se embarazó lo que le impidió terminar sus estudios de secundaria.

Historia laboral

La paciente refiere que durante su infancia le ayudaba a su madre a vender objetos usados, posteriormente le ayudó a su hermano, quien vendía objetos nuevos, hasta que la relación con su hermano se deterioró. A partir de los 15 años de edad la paciente trabajó en distintos lugares como empleada (bar, rosticería, estética, etc.) hasta que enfermó; su principal ocupación era el hogar y en ocasiones le ayudaba a su pareja elaborando ladrillos. Durante la valoración psicológica refirió interés por recuperar su salud y trabajar.

Historia sexual

La paciente tuvo tres parejas sexuales; inicia su vida sexual a los 15 años de edad, resultando embarazada, dicho embarazo se complicó y culminó en cesárea, sin embargo, el producto falleció a pocos días de nacer, ante esta situación su pareja se marchó dejándola en el hospital. A los 16 años de edad la paciente inició otra relación sentimental, en la cual vivió situaciones de violencia psicológica y física. Tuvo un segundo embarazo, sin embargo, concluyó en aborto espontáneo a los pocos meses.

Antecedentes heredofamiliares

Abuelos paternos finados (desconoce causa)

Abuelos maternos finados (desconoce causa)

Madre: Finada por Hipertensión Arterial Sistémica e Insuficiencia Renal Crónica

Padre: Desconoce si padeció alguna enfermedad

La paciente padeció enfermedades propias de la infancia (varicela, sarampión, rubéola) no recuerda la edad, refiere que no tuvo complicaciones. Por otra parte, informa haber padecido hepatitis sin presentar complicaciones (desconoce el tipo). A los 16 años de edad padeció preeclampsia presentando poca adhesión al tratamiento; comenta que a los 20 años de edad inicio su consumo de tabaco

consumiendo de uno a dos cigarrillos al día durante un año aproximadamente.

Padecimiento actual

La paciente refiere que dos años antes de la valoración comenzó con sintomatología física como dificultad para respirar, dificultad para oír, dolor de cabeza. Se le diagnosticó Hipertensión Arterial Sistémica, sin embargo, ante la remisión de la sintomatología no buscó tratamiento. A finales de enero del 2007 reincidió la sintomatología, por lo que acude a una clínica particular, después de una semana (2 de febrero de 2007) ante la intensidad de los síntomas acudió al Hospital Juárez de México (HJM) donde fue hospitalizada con los diagnósticos de síndrome Urémico, Anemia, Acidosis metabólica, Hiperkalemia e Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Al informarle de la necesidad de recibir tratamiento sustitutivo de la función renal, la paciente se mostró con renuencia refiriendo “yo no quiero nada, no es cierto que es un piquetito yo ya lo sé por mi mamá, no quiero nada mejor déjenme morir, yo me quiero morir...”.

Finalmente por persuasión de su pareja la paciente aceptó el tratamiento sustitutivo (hemodiálisis) y fue referida al Hospital General de México (HGM). Durante 3 o 4 meses recibió tratamiento en dicho hospital, sin embargo, ante experiencias estresantes, la paciente se fugó del mismo negándose a continuar con el tratamiento expresando “yo no voy a los hospitales, menos al General ya que desafortunadamente tuve malas experiencias pues me tiraron un tanque de oxígeno cerca de mis pies y casi me explota, me confundieron con otra paciente y me querían amputar un pie, las enfermeras se confundieron de medicamento y me dieron otro lo cual me causó daño, por eso me escape...”.

El 11 de agosto del 2007 reingresó a HJM con complicaciones por la falta de tratamiento, después de estabilizarla médicamente fue derivada al HGM, sin embargo, a pocos días de su egreso (20 de agosto de 2007) la paciente regresó al HJM con complicaciones a nivel pulmonar (edema agudo pulmonar). Fue necesario trasladarla al

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) pero dicho traslado fue diferido en cuatro ocasiones porque no se presentó algún familiar que fungiera como responsable. Ante el cuestionamiento de los médicos por la falta de apoyo familiar la paciente comienza con sintomatología de ansiedad (temblor de manos y pies, dificultad para estructurar lenguaje verbal, así como renuencia a dialogar con el personal médico).

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Área física

- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Temblor de manos y pies
- Complicaciones médicas por la falta de adhesión (edema pulmonar)

Área emocional

- Tristeza
- Enojo
- Miedo
- Decepción
- Angustia

Área cognitiva

Distorsión cognitivas:

- Negación: “mi pareja si me apoya porque si me viene a ver...” sic pac.
- Abstracción selectiva: “él es bueno, porque si viene aunque sólo en las tardes...” sic pac.

- Racionalización: “lo que pasa es que si quiere ayudarme pero no puede..., él tiene que trabajar...”, “es que mi familia ha tenido muchos problemas por eso no pueden venir...” sic pac.
- Pensamiento dicotómico: “Yo no tengo a nadie...”, “Porque son siempre así, todos me abandonan, yo doy todo y todos se van, todos me dejan...” sic pac.
- Pensamientos catastróficos: “yo no quiero nada, no es cierto que es un piquetito yo ya lo sé, no quiero nada mejor déjenme morir, yo me quiero morir...” sic. pac.
- Generalización: “yo no voy a los hospitales, menos al General ya que tuve malas experiencias y no ayudan...” sic. pac.

Área conductual

- Déficit en habilidades sociales
- Aislamiento
- Llanto
- Dificultad para estructurar lenguaje
- Fuga de hospital General de México
- Renuencia a recibir tratamiento médico

CONSECUENCIAS:

- Deterioro del estado físico de la paciente
- Diversos internamientos hospitalarios
- Cancelación de cuatro citas en el INER
- Actitud negativa por parte del equipo de salud (médicos adscritos y residentes, trabajadora social) y falta de confianza hacia la paciente.

Diagnóstico

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad (309.24)

Eje II ZO3.2 Características de personalidad por evitación

Eje III Insuficiencia Renal Crónico Terminal, Edema Pulmonar Agudo.

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas económicos

Eje V Escala de Evaluación de Actividad Global: 60

Establecimiento de metas de tratamiento

- Favorecer el proceso de aceptación de padecimiento médico
- Disminuir sentimientos de miedo, enojo, tristeza.
- Disminuir sintomatología de ansiedad por condición hospitalaria
- Reestructurar las distorsiones cognitivas acerca de la falta de apoyo social.
- Reestructurar las distorsiones cognitivas acerca del tratamiento médico
- Promover adecuada adhesión al tratamiento médico
- Facilitar apoyo social para poder realizar el traslado al INER

Estrategia Psicoterapéutica

En un inicio el objetivo de la intervención fue evaluar el estado emocional por la condición hospitalaria y el padecimiento médico. Posteriormente fue referida por el personal médico debido a la falta de apoyo familiar y social situación que le generó estrés y ansiedad.

La intervención se realizó a partir de las siguientes técnicas y estrategias:

- Validación emocional. El objetivo es promover que el paciente reconozca la sensación de malestar emocional así como permitir su expresión emocional.
- Solución de problemas ante la falta de apoyo familiar y social. Esta técnica desarrollada por Zurrilla y Goldfried consiste en ayudar al paciente a identificar y definir claramente el problema generador de estrés, se promueve la generación de diversas alternativas de solución, se realiza un análisis evaluando la factibilidad y consecuencias de cada alternativa, la siguiente fase es la toma de decisiones y finalmente la

ejecución; con lo cual se promueve en el paciente un estilo de afrontamiento más adaptativo (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006)

- Afrontamiento del estrés. Mediante técnicas de relajación iniciada con respiración diafragmática y apoyada con imaginación guiada se busca disminuir la respuesta fisiológica ante situaciones de dolor y ansiedad, dichas técnicas son reportadas en la literatura como estrategias que han mostrado su eficacia en tales alteraciones (Mateos y Domínguez, 2011).

- Entrenamiento en asertividad. Es una forma específica de entrenamiento en habilidades sociales para incrementar la capacidad de expresar emociones y pensamientos, así como hacer valer los propios derechos, sin violar los derechos de los demás; en este caso, el objetivo específico fue ampliar las redes de apoyo social y familiar.

- Manejo de adhesión terapéutica: Dado que se trata de un problema complejo que se presenta con frecuencia entre los pacientes con algún padecimiento crónico degenerativo, se requiere de diversas estrategias para su manejo, en este estudio se utilizaron las siguientes:

1. Psicoeducación: Implica proporcionar información certera acerca del padecimiento médico así como de su tratamiento y consecuencias de un bajo apego, contemplando aspectos físicos, cognitivos, emocionales, conductuales y sociales.

2. Detección de pensamientos irracionales y Reestructuración Cognitiva. Implica la modificación de pensamientos disfuncionales a través de un análisis lógico para la creación de pensamientos más adaptativos.

3. Balance decisional. Técnica en la cual el paciente toma su propia decisión a partir de un análisis objetivo de la situación.

Intervención con posibles redes de apoyo social:

- Pareja. Validación emocional, búsqueda de solución de problemas, balance decisional, sin embargo, se mostró renuente a

proporcionar apoyo social e intento persuadir a la paciente de solicitar su alta voluntaria.

- Padre. Validación emocional, solución de problemas ante falta de apoyo social y problemas económicos, balance decisional.

Intervención con equipo de salud:

- Médicos y Trabajadora social. Con la finalidad de promover una actitud más empática en el personal de salud, se proporcionó psicoeducación sobre la relación pensamiento, emoción, conducta, así como la influencia de factores estresantes en la toma de decisiones

Resultados y recomendaciones

- Disminuyó la sintomatología de ansiedad (temblor de manos y pies, dolor de cabeza).
- Mostró mayor apego a su tratamiento médico en términos de control dietético e ingesta de líquidos.
- La paciente pudo sostener su decisión de continuar en el hospital a pesar de los factores estresantes (poco apoyo social, bajos recursos económicos y su pareja sentimental intentó persuadirla de solicitar su alta voluntaria)
- La paciente amplió su repertorio de habilidades sociales y de asertividad, lo que le permitió expresar con mayor facilidad pensamientos y emociones así como solicitar apoyo a su padre; así mismo, incrementó interacción social con pacientes del mismo servicio de Nefrología así como familiares de los mismos y personal de salud.
- Se generó mayor interés y empatía por parte del equipo médico hacia la paciente.
- El padre se involucró en el tratamiento de la paciente acudiendo con mayor frecuencia al hospital, solicitando informes sobre la salud de la paciente al personal médico, a la trabajadora social y psicóloga.

El 3 de octubre de 2007 se pudo realizar el traslado al INER (después de cuatro cancelaciones), por lo que pudo recibir tratamiento para la afectación pulmonar; el 9 de octubre de 2007 se realizó un segundo traslado al INER.

Debido al egreso hospitalario de la paciente, no fue posible continuar con la intervención psicológica y por ende no se pudieron registrar seguimientos sobre su evolución médica y psicológica.

El caso presentado reitera la necesidad de trabajar mediante reestructuración cognitiva que facilite el estilo de afrontamiento dirigido al problema, dado que existe evidencia de que un afrontamiento adecuado se refleja en bienestar psicoemocional, mejor funcionamiento social y mejoría en el estado de salud física (Ornelas, et al. 2013). También es importante trabajar sobre el manejo de la adhesión terapéutica y solución de problemas orientada a la cuestión económica y amplitud de apoyo social principalmente (Rivera et al., 2012 y Rivera et al., 2013).

El caso muestra que, tal como lo refieren varios estudios (Guerrero y Gallardo, 2013; Hoth et al. 2007; McDade et al. 2006; Tyrrell et al. 2005; Loos et al. 2003; Kimmel, 2002; Finkelstein et al. 2002; Rivera et al., 2012), las alteraciones conductuales y emocionales tienen un impacto significativo que genera consecuencias entre las que destacan más complicaciones médicas secundarias al déficit de adhesión terapéutica, menor expectativa de vida y deterioro de la calidad de vida.

CAPITULO 3

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

“Ismael Cosio Villegas”

En Marzo de 2008 se restableció el convenio entre el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual, UNAM por lo que esta fue la tercera sede hospitalaria para llevar a cabo la práctica clínica.

Características de la sede

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) fue fundado en 1936 con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco. En 1959 cambió su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares. En 1975 se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares; fue hasta el año de 1982 que se convirtió en el Instituto Nacional de enfermedades Respiratorias.

El INER tiene como misión mejorar la salud respiratoria a través de la investigación, asistencia médica especializada y formación de recursos humanos, en tanto que su visión es ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria, así como el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad con competitividad nacional e internacional.

Servicio Clínico 3, Cáncer broncogénico

Este servicio está conformado por el Jefe de servicio, cinco médicos neumólogos adscritos, personal de enfermería con su jefe de área, trabajadora social, área de quimioterapia, dos oncólogos, médicos residentes de neumología quienes rotaban cada dos meses por este servicio, un médico neumólogo quien cursaba la especialidad de Neumología Oncológica por lo cual su residencia la realizaba sólo en el servicio clínico 3 apoyado de uno de los oncólogos. Respecto a la

atención psicológica, anteriormente no se proporcionaba en este servicio y fue a partir de la incorporación de la residente de Medicina Conductual que se contó con atención psicológica, brindando dicho apoyo durante el periodo del 3 de Marzo del 2008 al 27 de Febrero del 2009.

Fungieron como supervisores in situ el Jefe de Servicio, el Dr. Guzmán de Alva y la Dra. E. Ferreira hasta Agosto de 2008 debido a un cambio de administración hospitalaria. Con la Dra. Ferreira se realizaban sesiones semanales junto con la otra residente de Medicina Conductual, en estas sesiones se proporcionaba bibliografía y asesoría médica, de igual forma se detectó como necesidad principal el contar con un expediente clínico psicológico por lo que las Residentes de Medicina conductual Nancy P. Caballero Suárez y Maribel Cordero Zubieta, con el apoyo de la Dra. Ferreira estructuraron los formatos para el expediente clínico para el área de Psicología de la residencia en Medicina Conductual (*véase el Anexo 8*).

Práctica clínica

Inicialmente se realizó una detección de las necesidades de intervención psicológica en el servicio clínico 3, INER, a fin de abordar cada una de las áreas del servicio. Las actividades se estructuraron de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DIA HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 - 9:00	PASE DE VISITA Dra. Castillo	PASE DE VISITA Dr. Mondragón	PASE DE VISITA Dr. Flores	PASE DE VISITA Dr. León	PASE DE VISITA Dr. Morales
9:00 - 10:00	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN
10:00 - 11:00	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN
11:00 - 12:00	C. EXTERNA Dr. Martínez	Supervisión de caso	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	HOSPITALIZACIÓN
12:00 - 13:00	C. EXTERNA Dr. Martínez	C. EXTERNA Dr. Mendoza	SESIÓN GENERAL	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
13:00 - 14:00	C. EXTERNA Dr. Martínez	C. EXTERNA Dr. Mendoza	HOSPITALIZACIÓN	Sesión INCAN	HOSPITALIZACIÓN

Se brindó atención psicológica a 167 pacientes del servicio clínico 3, INER, con un promedio de 5 sesiones (entre 1 y 18 sesiones). Entre los diagnósticos más frecuentes de acuerdo al Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales 4ta. Edición (DSM IV), destacaron el trastorno adaptativo mixto con sintomatología depresiva y ansiedad.

Cabe señalar que la intervención se proporcionó desde que el paciente ingresa al servicio, con el objetivo de disminuir los cuadros de ansiedad que frecuentemente presentan estos pacientes. Se brindó apoyo psicológico para preparar al paciente para diversos procedimientos médico-invasivos de diagnóstico y tratamiento (broncoscopia, cirugía, toracosentesis, etc.). De igual manera, la intervención psicológica se dirigió a la preparación del paciente ante eventos estresantes, tales como recibir un diagnóstico oncológico y alteraciones médicas como el dolor físico, disnea, etc. y a facilitar en él, estilos de afrontamiento más idóneos. Finalmente, se brindó apoyo psicoterapéutico para el manejo de duelo a pacientes y familiares.

El apoyo psicológico se realizó principalmente con población hospitalizada, no obstante, también se proporcionó intervención a pacientes de consulta externa y del área de quimioterapia. También se realizaron interconsultas a otros servicios como el servicio clínico cuatro y se brindó apoyo psicológico al equipo de salud (médicos y enfermeras).

A partir de Octubre del 2008, se participó en un proyecto del INER, coordinado por el área de Psicología del instituto para brindar apoyo tanatológico y sensibilización hacia el procedimiento de autopsia dirigido a familiares de pacientes cuya situación médica se consideraba de extrema gravedad.

Actividades académicas

Con la finalidad de tener mayor documentación en el aspecto médico se realizaron distintas actividades tales como: asistencia a la presentación de ingresos hospitalarios, pase de visita y sesiones

académicas con un médico oncólogo, asistencia a las sesiones generales del INER e impartición de la conferencia “Aspectos tanatológicos en el paciente con cáncer” dirigida al personal de enfermería del INER.

A continuación se describe el marco teórico que servirá de referencia para entender un caso clínico que más adelante se detallará.

Coccidioidomicosis

La coccidioidomicosis, conocida de manera generalizada como fiebre del valle, es causada por el hongo *Coccidioides*, el cual vive en la tierra. El peligro de esta infección aumenta con la exposición directa a tierra que contenga *Coccidioides*, al respecto, varios brotes de coccidioidomicosis se han relacionado con tierra de excavaciones arqueológicas en sitios americanos (Ampel, 2012).

Actualmente en México no existen estadísticas confiables sobre la incidencia de este padecimiento, no obstante el problema es subestimado, cabe señalar que la enfermedad se puede presentar en cualquier tipo de edad siendo los varones los más susceptibles (Vázquez 2013).

El departamento de Anatomía Patológica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) realizó un análisis en 16,679 reportes de biopsias entre los años 2002 a 2011, de los cuales 31% correspondieron a procesos infecciosos. De ellos, 119 casos se asociaron a diagnósticos de micosis, 25 específicamente a coccidioidomicosis, de los cuales 18 correspondieron al sexo masculino y 7 al femenino (Monobe, 2012).

Según las investigaciones, de las personas infectadas, el 60% se muestra asintomática mientras que el 40% presenta síntomas como fiebre, tos así como dolor pleurítico y torácico asociados a infección pulmonar, (Monobe, 2012, Vázquez, 2013).

La coccidioidomicosis pulmonar primaria genera diversas manifestaciones como eritema, artralgias y artritis. Sobre esta línea, se

puede pensar en un diagnóstico de coccidioidomicosis pulmonar primaria cuando hay antecedentes de sudoración nocturna o fatiga profunda, eosinofilia en sangre periférica o linfadenopatía hilar o mediastínica detectada en las radiografías de tórax. El dolor pleurítico es frecuente, pero sólo en pocos casos se genera derrame pleural. En la mayoría de los pacientes, la coccidioidomicosis pulmonar primaria normalmente se resuelve sin secuelas sin embargo, existe la posibilidad de diversas complicaciones neumónicas como nódulos pulmonares y cavitaciones en pulmones que pueden generar tos persistente, hemoptosis y dolor pleurítico. En casos excepcionales, la cavidad se rompe y vacía su contenido en el espacio pleural, lo que ocasiona pnoneumotórax, en tales situaciones, el cuadro inicial incluye disnea aguda y en la radiografía de tórax se identifica colapso pulmonar.

La coccidioidomicosis pulmonar crónica o persistente también se manifiesta en síntomas prolongados de fiebre, tos y pérdida de peso, así mismo, en las radiografías hay datos de cicatrices, fibrosis y cavitaciones pulmonares.

La coccidioidomicosis se diagnostica de manera errónea como neumonía bacteriana de origen extra hospitalario, por lo que los estudios serológicos son muy importantes para confirmar el diagnóstico de la enfermedad.

Tratamiento médico. Se cuenta con dos clases principales de antimicóticos que son útiles para el tratamiento de la coccidioidomicosis; la anfotericina B en todas sus presentaciones (que alguna vez fue administrada de manera habitual) se reserva ahora para los casos más graves de la enfermedad diseminada y para la administración intratecal o intraventricular en sujetos con meningitis coccidioidea en quienes han sido ineficaces los triazoles. En la actualidad, los antimicóticos triazólicos constituyen los principales fármacos administrados para el tratamiento de muchos casos de coccidioidomicosis. Los estudios clínicos han demostrado la utilidad del fluconazol y el itraconazol y los datos indican que este último puede ser más eficaz contra el ataque de huesos y articulaciones.

Como se ha mencionado, algunos casos puede mejorar sin medicamento, no obstante, cuando los síntomas persisten durante dos meses o más, y se observan sudores nocturnos por más de tres semanas, pérdida de más del 10% del peso, afectación pulmonar extensa vista en la radiografía de tórax, así como hipoxemia profunda es necesario iniciar tratamiento ya que se trata de situaciones de gravedad (Ampel, 2012).

Derrame pleural. El espacio pleural que se encuentra entre el pulmón y la pared torácica, normalmente contiene una capa muy fina de líquido que sirve de sistema de acoplamiento, no obstante, cuando se genera un exceso de líquido en el espacio pleural, se le conoce como derrame pleural.

Insuficiencia respiratoria. Es una de las causas más comunes de internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos, surge cuando hay inundación alveolar. Esta inundación puede ser consecuencia de edema pulmonar, neumonía o hemorragia alveolar. La tasa de mortalidad de los pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda tradicionalmente ha sido muy elevada pues asciende a 50 y 70% (Kress y Hall, 2012).

Insuficiencia respiratoria tipo II. Ocurre como resultado de la hipoventilación alveolar y conlleva la imposibilidad de eliminar eficazmente el dióxido de carbono. Los mecanismos mediante los cuales ocurre esto se clasifican en tres tipos: alteraciones en el impulso para respirar originado en el Sistema Nervioso Central (SNC), alteraciones en la fuerza con deficiencia de la función neuromuscular en el sistema respiratorio y aumento en la carga ejercida sobre el sistema respiratorio.

Los elementos fundamentales del tratamiento de la insuficiencia respiratoria de tipo II son aquellos orientados a revertir las causas básicas de tal ineficacia ventilatoria. En ocasiones se utiliza la ventilación no penetrante con presión positiva, con el uso de un ventilador mecánico y una mascarilla perfectamente ajustada que

cubra la cara o las vías nasales y librar así al enfermo de la intubación endotraqueal (Kress y Hall, 2012).

Neumonía nosocomial. Conocida también como Neumonía de origen hospitalario, es una infección del parénquima pulmonar y es una complicación frecuente en individuos que necesitan respiración mecánica.

Por otra parte, la ventilación mecánica no invasiva hace referencia al apoyo respiratorio mecánico sin el uso de una vía aérea artificial. En ciertas formas de insuficiencia respiratoria aguda, se prefiere la ventilación mecánica no invasiva principalmente porque evita las complicaciones de la intubación endotraqueal, reduce la morbimortalidad y acorta la duración de la estancia hospitalaria (Garpestad y Hill, 2006).

En pacientes adecuadamente seleccionados, la ventilación mecánica no invasiva es segura y bien tolerada y la mayor parte de los efectos adversos guardan relación con la mascarilla, solo entre un 10 a 25% de los pacientes no toleran la mascarilla a pesar de los ajustes en la tensión de las correas. Otros problemas que se encuentran con frecuencia son una excesiva presión del aire que origina dolor de oídos o de senos faciales, o la sequedad o irritación de los ojos o bien de la boca relacionada con fugas de aire. Cierta pérdida de aire bajo la mascarilla o a través de la boca (con mascarillas nasales) es inevitable, pero generalmente no compromete la eficacia debido a la compensación de las pérdidas que realizan los respiradores. Cabe señalar que la agitación del paciente interfiere en la eficacia (Garpestad y Hill, 2006).

Disnea. La *American Thoracic Society* define a la *disnea* como la "vivencia subjetiva de dificultad para respirar, que incluye sensaciones cualitativamente diferentes de intensidad variable. Tal experiencia es producto de interacciones entre factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales y puede inducir respuestas secundarias de tipo fisiológico y conductual".

La disnea es la consecuencia de alteraciones de la función normal en el aparato cardiopulmonar. Estas desviaciones producen dificultad para respirar como consecuencia del aumento en el impulso respiratorio; aumento del esfuerzo o trabajo respiratorio y estimulación de receptores en el corazón, pulmones o sistema vascular. La mayor parte de las enfermedades del aparato respiratorio se relacionan con alteraciones en las propiedades mecánicas de los pulmones, de la pared torácica, o de ambos. Por el contrario, los trastornos del aparato cardiovascular por lo general causan disnea por anomalías en el intercambio gaseoso o por estimulación de los receptores pulmonares y vasculares (Schwartzstein, 2012).

Las sensaciones al respirar son consecuencia de interacciones entre los impulsos *eferentes* o motores ("proalimentarios") que provienen del encéfalo y que llegan a los músculos de la ventilación, y los *aferentes* que son los impulsos sensitivos que vienen de los receptores de todo el organismo ("retroalimentarios"), así como los mecanismos de integración de tales datos y que, se sitúan en el encéfalo. A diferencia de las sensaciones dolorosas, que a menudo pueden atribuirse a la estimulación de una sola terminación nerviosa, las sensaciones de disnea por lo general se consideran más integrales, parecidas al hambre o sed (Schwartzstein, 2012).

En sentido psicológico, la ansiedad aguda puede agravar la disnea al alterar la interpretación de los datos sensitivos u ocasionar patrones de respiración que agraven las anomalías funcionales en el aparato respiratorio. En sujetos con limitaciones del flujo respiratorio, por ejemplo, el aumento de la frecuencia respiratoria que acompaña a la ansiedad aguda causa distensión pulmonar, incremento del trabajo y del esfuerzo para respirar y una sensación de que la respiración es incompleta o insatisfactoria.

Para que el paciente señale una sensación transformada en síntoma debe percibirla como desagradable e interpretarla como anormal. Los estudios de laboratorio han mostrado que la necesidad o el "hambre de aire" induce una respuesta emocional más fuerte que el esfuerzo o trabajo respiratorios aumentados (Schwartzstein, 2012).

Respecto al tratamiento, el primer objetivo es corregir el problema que causa el síntoma, si no es posible, se intenta disminuir la intensidad del mismo y sus efectos en la calidad de vida del paciente. Es necesario administrar oxígeno complementario si la saturación de dicho gas en el reposo es $\leq 89\%$, o si la saturación disminuye a los niveles mencionados mientras el individuo está activo.

Por otra parte, los estudios con ansiolíticos y antidepresivos no siempre muestran beneficio y están en fase de estudio intervenciones experimentales, como el aire frío en la cara, la vibración de la pared del tórax y furosemida inhalada para modular la información aferente que proviene de receptores de todo el aparato respiratorio (Schwartzstein, 2012).

CASO CLÍNICO

Ficha de identificación

- Nombre: PGP
- Sexo: masculino
- Edad: 29 años
- Estado Civil: soltero
- Escolaridad: tercer año de primaria
- Ocupación: Campesino
- Religión: Católica
- Residencia: Chiapas (zona rural)
- En atención médica

Padecimiento médico

Diagnóstico médico principal: Coccidiodomicosis

Diagnósticos secundarios: Derrame pleural, ulcera cutánea, neumonía nosocomial e insuficiencia respiratoria II

Tratamiento médico: antofericia de 1700g. y 3 lts. x min. de oxígeno

Motivo de consulta

Paciente que fue referido por su médico tratante debido a que presentaba conductas de ansiedad asociadas a la sintomatología de su padecimiento (disnea) y a la propia estancia hospitalaria, situación que le llevó a aumentar los niveles en el flujo de oxígeno indicado y desear su alta voluntaria. Su cuidador primario (madre) refirió que en las noches el paciente presentaba dificultades para dormir así como delirios generando un lenguaje verbal incoherente.

Impresión y actitud general

Es un paciente de complexión delgada, tez morena, con edad aparente igual a la cronológica inicialmente se mostró renuente al apoyo psicológico, con actitud demandante y desinteresada al inicio de la entrevista, observándose conductas que denotan ansiedad tales como dificultad para respirar y emitir el lenguaje verbal así como movimiento continuo de manos y pies.

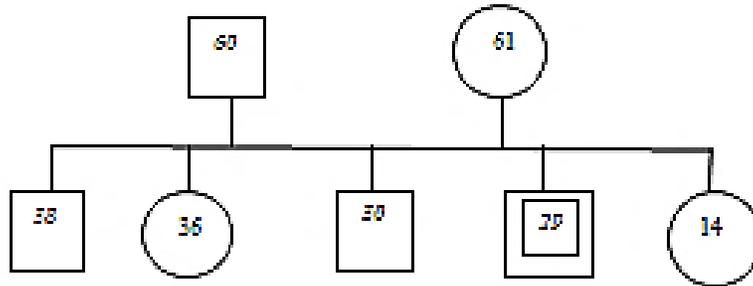
Examen mental

Durante la valoración el paciente se encontró consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, con dificultad para mantener su atención y concentración, así como dificultad para emitir lenguaje verbal, con un proceso de pensamiento lógico y coherente con ideas que denotan angustia.

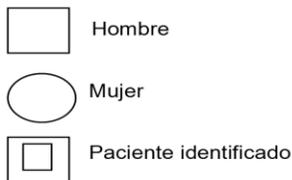
Antecedentes importantes y familiograma

En el expediente médico se encontró que el paciente presentó tabaquismo durante un año fumando 2 ó 3 cigarrillos al día, alcoholismo social suspendido, así mismo, se refirió que dos años antes de ingresar al INER viajó a EE.UU donde se ocupó como bracero, alojándose en cuevas o cavernas.

Familiograma



Significado de símbolos (Fuente: McGoldrick y Gerson, 1985)



Historia del problema

El cuidador primario del paciente (la madre) refirió que aproximadamente diez días antes de recibir la atención psicológica, el paciente comenzó a aumentar los niveles de oxígeno. El paciente informó que desde su ingreso al instituto presentó malestares psicofisiológicos, comentando “desde que entre me he sentido muy desesperado, muy nervioso, cuando me falta el aire, me da mucho miedo creo que me voy a morir, es que el oxígeno no es suficiente, me siento muy mal”. Por su parte, el médico tratante refirió que a pesar de haberle explicado las consecuencias de recibir más oxígeno del indicado, el paciente presenta actitud hostil y demandante así como poco apego a las indicaciones médicas por lo que de manera reiterada aumenta los niveles de oxígeno.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

Área física

- Disnea (sensación de falta de aire)
- Hiperventilación (respiración agitada)
- Taquicardia (palpitaciones)

- Sudoración
- Calor intenso
- Agitación psicomotriz
- Alteraciones del ciclo sueño vigilia (dificultad para dormir)
- La función pulmonar se está deteriorando por recibir mayor oxígeno del indicado, por lo que su recuperación y alta médica se retrasa.

Área emocional

- Miedo
- Enojo
- Desesperación
- Angustia

Área conductual

- Incremento en los niveles del flujo de oxígeno
- Hipervigilancia hacia malestares físicos
- Utilización de mascarilla para oxígeno durante todo el tiempo (día y noche)
- Gritos hacia cuidador primario (madre)
- Discusiones con cuidador primario
- Exigencias hacia cuidador primario: le pide que por medio de hojas de papel le genere aire.
- Dificultad para realizar conductas de autocuidado (bañarse, comer, ir al baño)
- Gritos hacia personal médico y de enfermería
- Aislamiento

Área cognitiva

- Pensamientos automáticos y catastróficos: “como me falta el aire, siento que me voy a morir y aunque aumento el oxígeno, eso no es suficiente”, “los médicos no saben como me siento, me quiero ir del hospital” sic pac.

- Baja percepción de su autoeficacia y pérdida de control: “ahora no puedo hablar, me siento muy mal, no puedo respirar, mejor hablamos otro día”, “no puedo, no voy a poder doctora” sic pac.
- Abstracción selectiva: su atención se centra en sus malestares físicos, omitiendo la información sobre las consecuencias de incrementar los niveles en el flujo de oxígeno.
- Dificultad en la toma de decisiones por lo que deseaba su alta voluntaria.

CONSECUENCIAS:

Mayor afectación de la función pulmonar, dificultad en su recuperación física y retraso en su alta hospitalaria. Se observó ansiedad y enojo en algunos miembros del equipo de salud al no poder controlar la situación; así mismo, la relación con el cuidador primario se tornó hostil, lo que generó ansiedad y preocupación en el cuidador primario.

Diagnóstico:

- Crisis de angustia secundario a padecimiento médico y estancia hospitalaria
- Baja adhesión al tratamiento médico.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Conceptualización Cognitivo-Conductual

ANÁLISIS FUNCIONAL DE CRISIS DE ANGUSTIA

E Antecedentes (2)	O Organismo (4)	R Respuesta (1)	C Consecuencias (3)
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Externos</i> 2. <i>Internos</i> 3. <i>Historia del problema</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Enfermedad médica</i> 2. <i>Habilidades, competencias</i> 3. <i>Deficiencias</i> 4. <i>Variables cognitivo-culturales</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cognitivas</i> 2. <i>Emocionales</i> 3. <i>Fisiológicas</i> 4. <i>Motoras</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Consecuencias individuales inmediatas</i> 2. <i>Consecuencias individuales mediatas</i> 3. <i>Consecuencias de otros</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estancia hospitalaria, Dificultad respiratoria 2. Pensamientos catastróficos de muerte y pérdida de control 3. Actitudes demandantes y hostiles 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coccidiodomicosis, Derrame pleural, ulcera cutánea, neumonía nosocomial e insuficiencia respiratoria II. 2. Deseos por mitigar apnea, lo que le lleva a seguir instrucciones terapéuticas 3. Pensamiento concreto, déficit en autoeficacia 4. Se dedicó como bracero, lo que puede asociarse a la presencia de actitudes demandantes y hostiles 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos catastróficos de muerte, pérdida de control y déficit en autoeficacia, deseos de alta voluntaria 2. Miedo, angustia, enojo 3. hiperventilación, taquicardia, sudoración, calor intenso, 4. agitación psicomotriz (movimientos continuos de manos y pies, así como intentos por salir) Aumento en niveles de flujo de oxígeno. Actitud demandante hacia cuidador primario, alteraciones del ciclo sueño-vigilia (dificultad para dormir en las noches y somnolencia en las mañanas) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro del estado físico, lo que retrasa su alta médica 2. Mayor deterioro de la función pulmonar 3. Ansiedad en algunos miembros del equipo de salud y cuidador primario, así como molestia y enojo

Estrategia Psicoterapéutica

Las técnicas utilizadas fueron:

- validación emocional sobre estado afectivo
- manejo conductual (fomento de actividades placenteras y de distracción): se proporcionó material para realización de actividades placenteras (juego de dominó)
- técnica de relajación (respiración diafragmática) para generar autocontrol
- reforzamiento social positivo (hacia avances a fin de incrementar autoeficacia)
- aproximaciones sucesivas
- técnicas cognitivas (búsqueda de evidencia sobre pensamientos irracionales)
- psicoeducación sobre “el ciclo miedo al miedo”
- Balance decisional sobre la permanencia o egreso voluntario del hospital

Resultados

- Incremento de la autoeficacia sobre el control respiratorio: el paciente pudo controlar su respiración por lo que desapareció la sintomatología de ansiedad (hiperventilación, taquicardia, sudoración, agitación psicomotriz)
- Regulación del ciclo sueño-vigilia: el paciente logró conciliar el sueño durante las noches y permanecer despierto durante el día
- Regulación emocional: desaparecieron las emociones de miedo y enojo.
- Apego al tratamiento médico: el paciente se adecuó a las indicaciones médicas al no modificar el flujo de oxígeno, así mismo, adoptó una actitud más activa respecto a su tratamiento por lo que preguntaba al personal médico sobre dicho tratamiento.
- Actividades de autocuidado: el paciente pudo retomar diversas actividades sin el apoyo de la mascarilla de oxígeno, entre estas actividades destacan acudir al baño, comer y bañarse por si solo.

- Interacción social: incrementó la interacción social relacionándose de manera cordial con compañeros, enfermeras, médicos y su cuidador primario.
- Toma de decisiones: a partir de balance decisional y de la mejoría afectiva pudo tomar una decisión firme respecto a su estancia hospitalaria optando por permanecer en el hospital hasta que los médicos emitieran su alta hospitalaria.

Resultados indirectos

Cuidador primario: Disminuyeron los niveles de ansiedad, miedo y enojo, así mismo, se obtuvo una relación más cordial con el paciente.

Disminuyó el enojo y molestia en el personal médico, quienes se mostraron satisfechos y agradecidos por los cambios observados refiriendo “excelente, el paciente ha mejorado muchísimo”

CÁNCER BRONCOGÉNICO

El término cáncer se usa para caracterizar el crecimiento anormal de células que puede invadir tejidos normales o diseminarse a otros órganos. El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte a nivel mundial y en México, situación por la cual se considera un problema de salud pública (Guevara et al., 2007; Oates et al., 2007). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2009) se estima que los casos de cáncer en el mundo aumentarán en los próximos veinte años y ascenderá 45% el número de defunciones.

Dentro de los diferentes tipos de cáncer, el broncogénico (cáncer de pulmón) sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial en ambos sexos (Podnos et al., 2007). En los hombres, la incidencia mundial es de 38 casos por cada 100.000, mientras que en las mujeres es de 11 por cada 100.000 casos; siguiendo con las estadísticas,

en Estados Unidos de Norteamérica mueren aproximadamente 170.000 personas al año, mientras que en México la mortalidad por cáncer broncogénico representa del 10% al 20% de todas las muertes por cáncer (De la Garza, 2006). Específicamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, este padecimiento es la primera causa de mortalidad (Cano, Ibarra y Morales, 2006).

Dado que el cáncer es un padecimiento crónico, que exige un tratamiento complejo y generalmente agresivo, con posibilidades de evolución muy diversas, es uno de los padecimientos que genera altos niveles de estrés no sólo en el paciente sino también en su familia, con frecuentes alteraciones psicoemocionales que se presentan desde el momento en el que se recibe el diagnóstico y durante toda la evolución del padecimiento. Entre las alteraciones más frecuentes destacan la ansiedad y la sintomatología depresiva (Oates et al. 2007; Mystakidou et al., 2007; Teunissen et al., 2007). La calidad de vida de los pacientes con cáncer presenta un deterioro significativo debido a las repercusiones físicas, comportamentales y sociales (Font y Rodríguez, 2007; Yelamos et al., 2007).

Además del impacto psicológico que experimentan los pacientes al recibir el diagnóstico, también se presentan una serie de malestares físicos entre los que destacan el dolor físico y la disnea (De la Garza, 2006; National Cancer Institute and American Cancer Society, 2000; Qaseem et al., 2008).

Diversos autores refieren que el dolor en padecimientos oncológicos es tan frecuente que puede presentarse en dos de cada tres pacientes (De la Garza, 2006), mientras que otras publicaciones sostienen que esta molestia pueden presentarse hasta en un 80% o 90% de los pacientes (Guevara, et al. 2007).

El *National Cancer Institute and the American Cancer Society* (2000) refieren que el dolor surge cuando un tumor ejerce presión sobre los huesos, los nervios u otros órganos del cuerpo, así mismo, puede ser causado por el tratamiento o por procedimientos de diagnóstico. También es posible que el dolor no esté directamente relacionado con

la enfermedad o el tratamiento y esté más vinculado con cuestiones psicológicas o socioculturales. Por lo cual, el dolor experimentado por los pacientes oncológicos dependerá de varios factores fisiológicos, psicológicos y sociales, entre los que destacan el tipo de cáncer, la etapa o fase de la enfermedad, el umbral al dolor de cada paciente y el tipo de tratamiento (De la Garza, 2006).

Existen diversas teorías para explicar la presencia de dolor físico, una de las más sólidas y más citadas en la literatura científica es la *Gate Control Theory* (teoría del control de la compuerta), publicada en Science en 1965 por el psicólogo Ronald Melzack y el fisiólogo médico Patrick Wall. Propone que la experiencia dolor surge a partir de la interacción de diversos factores cognitivos-evaluativos, motivacionales-afectivos y procesos fisiológicos. A partir de esta teoría se considera que la percepción de dolor está modulada y sujeta a variaciones, en distintos momentos y por el efecto de múltiples factores; por lo que una misma estimulación nociceptiva podría ser experimentada de forma distinta de una situación a otra, aún por la misma persona.

Estos autores propusieron la existencia de mecanismos neurofisiológicos encargados de modular la transmisión de los impulsos nerviosos aferentes. Dichas estructuras actuarían como una compuerta (*gate*) que se abriría o cerraría, permitiendo el paso o no de los impulsos que podrían ser interpretados como dolor, refiriendo además que la modulación de los impulsos depende de la actividad en las fibras A-beta (fibras gruesas) y las fibras A-delta y C (fibras finas) que penetran en la médula espinal. La actividad en las fibras gruesas cierra la compuerta, evitando la transmisión sináptica de las llamadas células T (neurotransmisores), mientras que la actividad de las fibras finas abre la compuerta y facilita la transmisión sináptica alcanzando cierto nivel crítico.

Así pues, la teoría de la compuerta sostiene que la existencia de dolor no sólo tiene componentes fisiológicos, sino también emocionales y cognitivos. De manera que, por ejemplo, la ansiedad o incluso prestar atención en la estimulación, puede afectar la experiencia de dolor,

haciéndola más intensa al facilitar la apertura de la compuerta, en cambio algunos procesos como la distracción o la relajación al cerrar la compuerta, permitirían disminuir la intensidad del dolor (Melzack y Wall, 1965).

Respecto a la participación de factores psicológicos en la experiencia de dolor, se ha observado que los pensamientos y la emociones influyen directa o indirectamente en este malestar, la literatura de investigación muestra que los aspectos psicológicos repercuten considerablemente en la experiencia de dolor (Gutiérrez y Domínguez, 2013; Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

Entre los factores mejor documentados que influyen en el dolor se encuentran la indefensión, abstención de actividad física, interacción social, la atención, la ansiedad, el aprendizaje, las expectativas, las creencias y estilos de afrontamiento (Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Sobre esta línea, Bair, et. al (2013), De la Garza (2006) y Guevara et al. (2007) refieren que las personas que cursan con un cuadro depresivo y/o de ansiedad suelen experimentar mayor intensidad de dolor, destacando que aquellas personas que han experimentado dolor en forma crónica tienen hasta en un 80% la posibilidad de padecer sintomatología depresiva.

Por otra parte, diversas investigaciones han mostrado la eficacia de intervenciones psicológicas en el manejo del dolor crónico, entre las técnicas más utilizadas destacan las cognitivo-conductuales (relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, retro-alimentación biológica, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, hipnosis, etc. (Domínguez y Olvera, 2005; Gutiérrez y Domínguez, 2013, National Cancer Institute and American Cancer Society, 2000; Font y Rodríguez, 2007).

Está ampliamente documentado en la literatura científica que las intervenciones cognitivo-comportamentales pueden repercutir en el manejo del dolor crónico mejorando así la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de cáncer (Font y Rodríguez, 2007; Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Así, el abordaje en el manejo de dolor crónico en

pacientes con cáncer requiere ser multidisciplinario en el que participen distintos profesionales como el médico, psicólogo, trabajador social, enfermera, etc. (Burton, et al. 2007; Domínguez y Olvera, 2005; Guevara et al., 2007; National Cancer Institute and American Cancer Society, 2000; Yelamos, et al., 2007).

Dado que el dolor físico es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente con cáncer, y éste suele asociarse frecuentemente con niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, se estructuró un anteproyecto de investigación a fin de examinar los efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual sobre la percepción del dolor físico, índices de sintomatología depresiva y ansiedad en pacientes con cáncer broncogénico del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (*véase anexo 9*).

DISCUSIÓN

Tal como se puede colegir a lo largo de este trabajo, las enfermedades crónico-degenerativas implican pérdida gradual y progresiva de diferentes capacidades y funciones orgánicas impactando prácticamente en todas las esferas del ser humano (Doubova et al., 2013; Flores y Martínez, 2012; Guerrero y Gallardo, 2013; Martínez et al., 2012; Parry, 2011; Reyes et al., 2010; Rivera et al., 2012; Tamayo et al., 2011). Queda confirmado que los estados emocionales negativos intensos y prolongados son un factor de riesgo que incrementan la mortalidad (Doubova et al. 2013; Flores y Martínez, 2012; Guo et al. 2006; Martínez et al. 2012; Parry, 2011; Reyes et al., 2010; Tamayo et al. 2011) ya que se asocia con alteraciones en la regulación autonómica así como respuestas abruptas en las funciones del eje adrenal hipotalámico-pituitario (Giese-Davis et al. 2006).

Las personas con algún padecimiento crónico tienen que enfrentar de forma constante situaciones estresantes (Ornelas et al., 2013) que pueden generar alteraciones afectivas repercutiendo notablemente en la calidad de vida del paciente poniendo en riesgo incluso su propia vida, lo cual se traduce en el incremento de costos económicos para el sector salud, de ahí la relevancia que dichos pacientes reciban una atención integral.

El trabajo del psicólogo en escenarios hospitalarios resulta complejo ya que se presentan diversas circunstancias que dificultan dicha intervención. A fin de subsanar estas dificultades, es imprescindible que tanto el equipo de salud como pacientes y familiares dispongan de información certera respecto a la labor del psicólogo y comprendan que ésta se deriva de la investigación científica.

El paciente crónico que pasa por una situación de crisis percibida como una dificultad intolerable en la cual sus recursos personales no son suficientes (James y Gilliland, 2005), hace que en ocasiones paciente y familiares muestren renuencia o resistencia para recibir dicha intervención. Como se observó en los estudios de caso descritos, la situación puede resolverse o mejorarse notablemente mediante las

técnicas sugeridas en la investigación que favorecen la adhesión psicoterapéutica (Biagini, Torrusco y Carrasco, 2005; Caballero, Pérez y Sánchez, 2012).

Pese a la extensa evidencia de intervenciones basadas en investigación en el campo de la Medicina Conductual, sólo una pequeña parte parece estar pasando a la práctica por lo que la evidencia disponible no se ve como pertinente o relevante por médicos, políticos o aquéllas personas que requieren de las intervenciones (Glasgow, et al. 2006; Landa, Martínez y Sánchez, 2013; Klesges, et al. 2006). Es necesario realizar y divulgar investigaciones de relevancia que faciliten el traslado de intervenciones y hallazgos al campo de la práctica clínica a fin de sensibilizar a diversos auditorios.

La formulación de caso puede considerarse un conjunto de hipótesis respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo. Para Nezu et al., (2006) la formulación de caso es una descripción de las quejas y síntomas del paciente así como un mecanismo estructurado a fin de que el terapeuta comprenda como se manifiestan dichas quejas, el modo en el que coexisten los síntomas, qué estímulos ambientales e intrapersonales desencadenan estos problemas y porqué persisten estos síntomas. A partir de estas consideraciones la presentación de los casos clínicos descritos en el presente informe están basados en el Análisis Funcional de la Conducta, estrategia mediante la cual se puede explorar el peso relativo de cada uno de los componentes comportamentales de los problemas de salud.

En cada uno de los casos clínicos se pudo mostrar cómo interactúan aspectos físicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales para el desarrollo de conflictos psicoemocionales en personas que cursan por una situación de crisis y cómo, a partir de técnicas comportamentales se busca reestablecer la estabilidad emocional impactando en cada una de las áreas antes señaladas.

Sobre los hallazgos obtenidos en dichos casos clínicos se corrobora la información descrita en la literatura (Caballero, et al. 2012; Font y Rodríguez, 2007; Gutiérrez y Domínguez, 2013) respecto a la eficacia de intervenciones psicológicas en un marco teórico Cognitivo Conductual sobre alteraciones psicoemocionales derivadas de padecimientos crónico degenerativos.

De acuerdo al Comité de Medicina Conductual basada en Evidencias (IBM) a fin de generar mayor evidencia sobre las intervenciones comportamentales se sugiere el Ensayo Conductual Práctico (PBT) que es el estudio en el que la intervención emplea estrategias, procedimientos y teorías conductuales, y cuyas características se focalizan en demostrar la eficacia sobre casos complejos modificando los criterios de inclusión, incluyendo múltiples escenarios donde se observe cómo los resultados primarios involucran el cambio de conducta en distintos niveles (paciente, medico, familia, o sistemas más grandes); todo esto a fin de favorecer la generalización del efecto de la intervención (Glasgow, et al. 2006; Landa et al., 2013; Klesges, et al., 2006).

En el marco de los casos clínicos aquí descritos se pudo cumplir con algunas de estas características ya que se seleccionaron casos relevantes por su complejidad evitando criterios de exclusión. Respecto al efecto de las intervenciones se pudo observar en cada uno de ellos cambio de conducta en pacientes, médicos y familia. No obstante, se presentaron algunas limitaciones, como el tiempo, espacio y recursos materiales por lo que no se pudo aplicar cada uno de los anteproyectos de investigación estructurados durante el curso de la maestría. Se sugiere retomar dichas líneas y aplicarlos a fin de demostrar y extender los hallazgos sobre la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales.

Finalmente cabe señalar que durante el desempeño y ejercicio psicológico en el ámbito hospitalario se pudieron desarrollar diversas habilidades entre las que destacan:

- Conocimiento de distintos padecimientos crónico degenerativos
- Detección de alteraciones psicoemocionales en pacientes con padecimientos crónico degenerativos
- Aplicación de intervenciones focalizadas bajo un enfoque Cognitivo Conductual dirigido a pacientes y familiares
- Evaluación de la eficacia de las intervenciones comportamentales
- Diseño de anteproyectos de investigación dirigidos a atender alteraciones comportamentales en pacientes con padecimientos médicos
- Capacidad para trabajar de manera multidisciplinaria

REFERENCIAS

- Alva, C. M. I (2002). Violencia en el noviazgo de adolescentes y adultos jóvenes escolarizados del estado de Morelos. Tesis de maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ampel, N. M. (2012) Capítulo 200. Coccidioidomicosis en Longo, D. L. Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci A. S., Hauser, S. L. y Loscalzo, J. (Eds.) Harrison Principios de Medicina Interna: McGraw-Hill. Recuperado el 4 de Noviembre de 2013 en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=34
- Ávila, S. M. N. (2013). Enfermedad Renal Crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 29 (2), 148-153.
- Bair, M. J. Poleshuck, E. L., Krebs, E. K., Damush, T. M. Wanzhu, T. y Kroenke, K. (2013). Anxiety but Not Social Stressors Predict 12-Month Depression and Pain Severity. *Clinical Pain*, 29 (2), 95-101.
- Beck, T. A., Feeman, A. (1995) *Terapia Cognitiva de los trastornos de Personalidad*. (1ra. Ed.) España: Paidós.
- Beck, T. A. Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Biagini, A. M. Torrusco, S. M. y Carrasco, F. D. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 25 años. *Salud Mental*, 28 (1), 52-60.
- Blázquez, A. M.; Moreno, M. J. M. y García, B. S. M. E. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20 (1), 65-75.
- Blázquez, A. M., Moreno, M. J. M., García, B. S. M. E. y Guerrero, B. E. (2012). La competencia emocional como recurso inhibitorio para la

- perpetración del maltrato psicológico en la pareja. *Salud Mental*, 35 (4), 287-296.
- Burton A. W., Fanciullo, G.J., Beasley, R.D. y Fisch, M. J. (2007). Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. *Pain medicine*, 8 (2), 189-198.
- Caballero, S. N. P., Pérez, S. I. N y Sánchez, S. J. J. (2012). Efecto de una intervención Cognitivo Conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22 (2), 257-273.
- Cano, V. F., Ibarra, P. C. y Morales, G. J. (2006). *Enfermedades respiratorias*. Temas selectos. España: Elsevier
- Christensen, A. y Ehlers, S. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context of behavioral medicine research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70 (3): 712-724.
- Cienfuegos, M. Y. I. (2004). Evaluación del conflicto, satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: un estudio comparativo. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cordero. Z. M. (2006). Cierre del Proceso Psicoterapéutico en Pacientes con Sintomatología depresiva. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.
- Córdova, V. J. A., Barriguete, M. J. A., Lara, E. A., Barquera, S., Rosas, P. M., Hernández, A. M., León, M. M. E. y Aguilar, S. C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50 (5): 419 -427.
- De la Garza, G. (2006). *Cáncer. Guía para médicos, pacientes y familiares*. México: Trillas.
- Domínguez, T. B. y Olvera, L. Y. (2005). *Dolor y sufrimiento humano*. México: Trillas.

- Domínguez, T. B. Olvera, L. Y. Cruz, M. A., y Cortés, S. J. F. (2001). Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento psicológico. *Psicología y Salud*, 11 (2), 61-71.
- Doubova, S. V., Espinosa, A. P., Infante, C., Aguirre, H. R., Rodríguez, A. L., Olivares, S. R. y Pérez, C. R. (2013) Adaptación y validación de escalas de autoeficacia y empoderamiento dirigidas a mujeres mexicanas en etapa de climaterio. *Salud Pública de México*, 55 (3): 257-266.
- Espinosa, C. J. (2010). Expresión de la violencia en parejas con consumo de alcohol. *Psicología y Salud*, 20 (2), 221-229.
- Fernández, J. T. (2006). "Hacia un nuevo camino": Programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia sobre mujeres violentadas. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11, (1), 65-79.
- Finkelstein, F. O., Watnick, S., Finkelstein, S. H. y Wuerth, D. (2002). The treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Journal of psychosomatic research*, 53, 957-960.
- Fisher, L. (2004). Psychological factors influencing thirst and drinking in hemodialysis patients on a fluid restriction. *Behavioral and Cognitive psychotherapy*, 32, 347-352.
- Flores, R. M. y Martínez, M. L. (2012). Perimenopausia y trastornos afectivos: aspectos básicos y clínicos. *Salud Mental*, 35 (3), 231-240.
- Font, A. y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones comportamentales en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, (2-3), 423-446.
- Ford, G. M., Merritt, G. M., Varcoe, C. y Wuest, J. (2011). A Theory-Based Primary Health Care Intervention for Women Who Have Left Abusive Partners. *Advances in Nursing Science*, 34 (3), 198-214.

- García, M. C., Heise, L., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Watts, C. (2005). Violence against Women *the American Association for the Advancement of Science*, 310, (5752), 1282-1283.
- Garpestad, E. y Hill, N. S. (2006). Ventilación no invasiva en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. En Longo, D. L., Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci A. S., Hauser, S. L. y Loscalzo, J. (Eds.) *Harrison Principios de Medicina Interna: McGraw-Hill*. Recuperado el 4 de Noviembre de 2013 en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=34
- Guevara, L. U., Covarrubias, G. A., Rodríguez, C. R., Carrasco, R. A., Aragón, G. y Ayón, V. H. (2007). Parámetros de práctica clínica para el manejo del dolor en México. *Cirugía y cirujanos*, 75. (5), 385-407.
- Gharaibeh, M. K., Abu-Baker, N. N. y Aji, S. (2012). Attitudes Toward and Justification for Wife Abuse Among Syrian Medical and Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(3), 297-305.
- Guerrero, C. y Gallardo, R. (2013). Conceptualización de la enfermedad renal y el trasplante. *Psicología y Salud*, 23 (1), 113-119.
- Giese, D. J., Wilhelm, F. H., Conrad, A., Abercrombie, H. C., Sephton, S., Yutsis, M, et al. (2006). Depression and stress reactivity in metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 68 (5), 675-683.
- Glasgow, R. E., Davidson, K. W., Dobkin, P. L., Ockene, J. y Spring, B. (2006). Practical Behavioral Trials to Advance Evidence-Based Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (1), 5-13.
- Gomar, M., Labourt, M. J. y Bunge E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Argentina: Polemos.
- Griffin, M. G., Resick, P. A. y Yehuda, R. (2005). Enhanced Cortisol Suppression Following Dexamethasone Administration in Domestic Violence Survivors. *American Psychiatric Association*, 162, (6), 1192-1199.

- Guo, Y., Musselman, D. L. Manatunga, A. k., Gilles, N., Lawson, K. C. Porter, M. et al. (2006). The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics. Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 47 (5), 376-384.
- Gutiérrez, S. C. y Dominguez, T. B. (2013). Mecanismos subyacentes a la revelación emocional ante dolor y estrés en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas. *Psicología y Salud*, 23 (2), 171-182.
- Hecheburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hirigoyen, M, F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.
- Hoth, K. F., Christenses, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A. y Lawton, W. J. (2007). A longitudinal examination of social support Agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of behavioral medicine*, 30 (1).
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez, S. J. J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence. En *Adherence to long-term therapies*. World Health Organization
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (2007). *Estadísticas vitales 2007*. Base de datos. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía en Informática (2011). *Panorama de violencia contra las mujeres en México, ENDIREH, 2011*. Recuperado el 1 de Diciembre de 2013 en http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf
- James, R. K. & Gilliland, B. E. (2005). *Crisis intervention strategies*. Belmont, CA: Thomson.

- Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *Journal of psychosomatic research*, 53, 951-956.
- Kress, J. P. y Hall, J. B (2012). Capítulo 267. Valoración del paciente con una enfermedad grave. En Longo, D. L. Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci A. S., Hauser, S. L. y Loscalzo, J. (Eds.) (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna*: McGraw-Hill. Recuperado el 4 de Noviembre de 2013 en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=34
- Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A. y Christensen, A. J. (2006). Are We Creating Relevant Behavioral Medicine Research? Show Me the Evidence! *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (1), 3-4.
- Labrador, F. J. y Fernández, V. M. R. (2006) Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (3), 527-547.
- Landa, R. E. Martínez, B. A. E. y Sánchez, S. J. J. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y Salud*, 23 (2), 273-282.
- López C. E. (2005). Interacción conyugal conflictiva: Un punto de vista integrativo. Tesis de doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, R. J., López, B. A., Vargas, T. B. E., y Villamil, S. V. (2004). Estudio doble ciego con antidepressivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con sintomatología depresiva leve a moderada. *Salud Mental*, 27, (5), 53-61.
- Loos, C. Briancon, S. Frimat, L. Hanesse, B. y Kessler, M. (2003). Effect of End-Stage Renal Disease on the Quality of life of Older Patients. *American Geriatrics Society*, 51(2), 229-233.

- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R. y Mishra, G. (2006). History of domestic violence and physical health in midlife. *Violence against women*, 12, (8), 715-731.
- Macleod, J. y Davey S. G. (2001). Marital Stress and Coronary Heart Disease. *American Medical Association*, 285, (10), 1289-1290.
- Martínez, G. M. D., González, A. N. I., López, F., Barneveld, H. O. y Domínguez, E. A. C. (2012). Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. *Salud Mental*, 35 (2), 91-98
- Mateos, S. E. L. y Dominguez, T. B. (2011). Análisis de recurrencia visual de temperatura periférica en la evaluación de un tratamiento psicológico del dolor basado en un diseño N = 11. *Psicología y Salud*, 21 (1), 111-117.
- McDade, M. E. A., Christensen, A. J. Cengros, J. A. Lawton, W. J. (2006). The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychology*, 25 (2): 198-203.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new Theory. *Science*, 150, 971-979.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. España: Desclée de Brower.
- Monobe, B. D. T. (2012). Alteraciones de la respuesta inmunológica en coccidioidomycosis diseminada. Presentación de un caso Anatómico-clínico. Tesina para obtener el título de Cirujana Dentista. UNAM.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., y Vlahos, L. (2007) "Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) psychometric properties". *Psycho-Oncology*, 16, 352-357.

- National Cancer Institute and American Cancer Society (2000) Control del dolor. *Guía para personas con cáncer y sus familias*. Recuperado el 28 de abril de 2008 en <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/control-dolor.pdf>.
- Nezu, Arthur M., Nezu Christine Maguth y Lombardo Elizabeth (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno: México.
- Oates, C. T., Sloane, R. Ingram, S. S., Seo, P. H., Cohen H. J. y Clipp, E. C. (2007). Evaluation of agreement between physicians' notation of 'no evidence of disease' (NED) and patients' report of cancer status. *Psycho-Oncology*, 16, 668-675.
- Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, M., Franco, A. y Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 48, (sup 2), 232-238.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Salud de la mujer. Nota descriptiva No.334, Noviembre. Recuperado el 20 de Marzo de 2014 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/index>.
- Ornelas, M. R. E., Tufiño, T. M. A. Vite, S. A, Tena, G. O., Riveros R. A. y Sánchez, S. J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23, (1): 55-62.
- Oviedo, G. G. T. (2006). Ansiedad, sintomatología depresiva y asertividad en mujeres sobrevivientes de violencia de pareja. Tesis de maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Parry, B. L. (2011). Manejo óptimo de la sintomatología depresiva perimenopáusica. *Revista del Climaterio*, 15 (85), 26-36.
- Podnos, Y. D., Borneman, T., Koczywas, M., Uman, G. Y Ferrell, B. R. (2007). Symptom Concerns and Resource Utilization in Patients with Lung Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (4), 899-903.

- Qaseem, A., Snow, V., Shekelle, P., Casey D. E., Cross J. T. y Owens, D. K. (2008). Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 141-146.
- Reyes L., A. G., Garrido, G. A., Torres, V. L. E. y Ortega, S. P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20 (1), 111-117.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud*. México, Manual Moderno.
- Rivera, L. A., Montero, L. L. M. y Sandoval, A. R. (2012). Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal. *Salud Mental*, 35 (4), 329-337.
- Rivera, L. A., Montero, L. L. M., Sandoval, A. R. y Gómez, G. J. (2013). Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria y cuidadores primarios: semejanzas y diferencias. *Psicología y Salud*, 23 (2), 195-207.
- Ruvalcaba, P. G y Domínguez, T. B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.
- Saldívar, H. G., Ramos, L. L. Saltijeral, M. M. T (2004). Validación de las escalas de aceptación de la violencia y de los mitos de violación en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 27, (6), 40-49.
- Schwartz, G. E. y Weiss, S. M. (1978). Behavioral Medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*. 1, 249-251
- Schwartzstein. R. M. (2012) Capítulo 33. Disnea. En Longo, D. L. Kasper, D. L., Jameson, J. L., Fauci A. S., Hauser, S. L. y Loscalzo, J. (Eds.) *Harrison Principios de Medicina Interna*: McGraw-Hill. Recuperado el 4 de Noviembre de 2013 en http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=34

- Secretaria de Salud. Programa de Acción: Mujer y Salud (2002), México, PROMSA.
- Takiki, J. y Yano, E. (2006). Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 32 (1), 5-11.
- Tamayo, J. M., Rosales, B. J. I., Villaseñor, B., S. G. y Rojas, M., C. (2011a). Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*, 34 (3), 267-273.
- Tamayo, J. M., Rosales, B. J. I., Villaseñor, B., S. G. y Rojas, M., C. (2011b). Revisión de la literatura médica sobre el manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Salud Mental*, 34 (3), 257-266.
- Teunissen, A de G., Voest y Haes (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21, 341-346.
- Treviño, B. A. (2004). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cirugía y cirujanos*, 12 (1), 3-4.
- Tyrrell, J. Paturel, L. Cadec, V., Capezzali, V. y Poussin, G. (2005). Older patients undergoing dialysis treatment: Cognitive functioning, depressive mood and health-related quality of life. *Aging and Mental Health*, 9 (4), 374-379.
- Valdez, S. R., Híjar, M. M. C., Salgado de Snyder, N., Rivera, R. N., Avila, B. L. y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48 (sup2), 221-23.

- Vargas, M. C. (2000). Secretaría de Salud Hospital Juárez de México: 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3), 136-138.
- Vázquez Guerrero Edwin (2013). Validación de una escala para el diagnóstico de la coccidioidomicosis en Pediatría. Tesis para obtener especialidad en Pediatría. UNAM.
- Villiers, T. J., Pines, A., Panay, N. y Gambacciani, M. en representación de la Sociedad Internacional de Menopausia (2013). Recomendaciones actualizadas (2013) de la Sociedad Internacional de Menopausia acerca de la terapia hormonal y las estrategias preventivas para mujeres de edad madura. *Revista del Climaterio*, 16, 165-186.
- Williams, S. y Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94 (3), 372-390.
- Woods, S. J., Wineman, N. M., Page, G. G., Hall, R. J., Alexander, T. S. y Campbell, J. C. (2005). Predicting Immune Status in Women From PTSD and Childhood and Adult Violence. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 28, (4), 306-319.
- Yelamos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A. y García de Paredes, M. (2007). "Mucho x Vivir". Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4. (2-3), 417-422.

ANEXO 1

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Propuesta)

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN MUJERES QUE VIVEN VIOLENCIA CONYUGAL, EFECTO SOBRE VARIABLES COMPORTAMENTALES Y FÍSICAS

Considerando que la violencia además de generar consecuencias comportamentales, tiene repercusiones sobre la salud física y sabiendo además, que hay una estrecha relación entre factores psicológicos y cuestiones físicas (Ford et al. 2011; Loxton et al. 2006; Griffin et al. 2005; Woods et al. 2005), es de relevancia probar la influencia de intervenciones comportamentales sobre cuestiones físicas. Por lo que, el objetivo es implementar y determinar la eficacia de un tratamiento Cognitivo-Conductual para mujeres que viven violencia conyugal, cuya finalidad será disminuir la sintomatología psicológica (sintomatología depresiva y ansiedad) y física (hipertensión arterial) que se relaciona con la violencia conyugal.

Método

- Sujetos

Mujeres con un rango de edad de 20 a 40 años que soliciten servicios hospitalarios y/o médicos en el hospital General de Atizapán y que estén viviendo alguna situación de violencia conyugal.

Criterios de inclusión:

- Que estén viviendo con el agresor
- Que presenten problemas de hipertensión arterial (Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg) no diagnosticada o recientemente diagnosticada (6 meses).

Se han considerado estos criterios debido a que la Secretaria de Salud a través de su *NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión* declara que la hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México, resaltando que cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Así mismo, refiere que en los pacientes que se encuentran en la etapa 1 de hipertensión arterial (140-159/ 90-99 mm de Hg) el manejo inicial será de carácter no farmacológico durante 12 meses.

- Pacientes que no se encuentre en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial u otro padecimiento físico o psicológico.

Dicho criterio responde a la necesidad de mostrar que los cambios observados en los niveles de presión arterial de las pacientes sean atribuidos solamente al efecto de la intervención psicológica propuesta en esta investigación.

Criterios de exclusión:

- Que no exista algún otro diagnóstico físico que pueda intervenir con los niveles de presión arterial.
- Que no se encuentre en otro tratamiento psicológico durante el tiempo de estudio.
- Tipo de muestreo

Será no probabilístico bajo un criterio por conveniencia, es decir, la disponibilidad de las participantes en ser parte del estudio.

- Variables

Antes de describir las características de las variables dependientes e independientes que se evaluarán, conviene definir el término violencia conyugal, que de acuerdo a algunos autores se trata de una variable organísmica de condición temporal.

Violencia conyugal: Es un patrón de conductas abusivas que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para poder ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona. Dicha violencia es practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o exnovio, el agresor está en una situación de dominio permanente, donde frecuentemente la víctima es la mujer (Labrador y Fernández, 2006; Hecheburúa, 2004).

Para determinar si la persona está viviendo alguna situación de violencia conyugal, se utilizará algún instrumento validado y estandarizado en población mexicana, que sea sensible a la medición de la violencia conyugal.

I. Variables dependientes

Consecuencias de la violencia conyugal:

1. Comportamentales: sintomatología depresiva y ansiedad.
 - a) Sintomatología depresiva. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) La sintomatología depresiva se ubica como un trastorno del estado de ánimo que debe cubrir una serie de síntomas y signos como: pérdida del interés por la mayoría de sus actividades, cambios en el apetito y peso, cambios en el sueño y en nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones, e ideas recurrentes de suicidio y muerte. Así mismo, se muestra un malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral y de otras áreas importantes para la persona. Esta variable será evaluada a través del inventario de Sintomatología depresiva de Beck.
 - b) Sintomatología de ansiedad. De acuerdo a DSM IV, la ansiedad comprende una serie de trastornos, particularmente aquí se describe la ansiedad generalizada, que se caracteriza por preocupación excesivas (expectación aprensiva), dificultades para controlar este estado de constante preocupación, inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas

importantes de la actividad del individuo, o bien, interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

Esta variable será evaluada a través del Inventario de Ansiedad de Beck.

2. Físicas: Presión arterial

- a) Presión arterial. Se refiere a la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial (secretaría de salud).

Su medición será a través de registros fisiológicos: presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca, temperatura periférica.

II. Variable Independiente

Intervención Psicoterapéutica con Enfoque Cognitivo-Conductual

Dada la complejidad de la violencia conyugal, cada situación y persona son diferentes por lo que el programa se adaptará de acuerdo a cada paciente, cubriendo cada uno de los componentes básicos del programa de intervención, que de acuerdo a diversos autores son indispensables en el tratamiento de mujeres que sufren violencia (Ford et al.2011; Labrador y Fernández 2006). Cabe aclarar que no es indispensable seguir el orden de los componentes siempre y cuando se cubran todos. Las características esenciales del tratamiento se presentan a continuación (se trata de una intervención individualizada).

Componente básico	Objetivo	Técnica, estrategia	Requisito para cambiar de componente
Establecimiento de relación terapéutica adecuada y fomento de adhesión terapéutica	Generar un ambiente cálido, de confianza, de comprensión y de mutua colaboración	Actitud empática y de respeto. Manejo adecuado de conductas verbales y no verbales por parte del psicoterapeuta	Que la paciente refleje y/o exprese que se siente comprendida y escuchada
Reconocimiento y conceptualización de la situación de violencia	Generar conciencia de la situación violenta no a través de etiquetas, sino por medio del malestar psicológico y/o físico que pueda reconocer la paciente	Preguntas reflexivas (ej. ¿cómo te hace sentir esa situación?...)	Que la persona reconozca su malestar a causa de la violencia y exprese que desea cambiar la situación
Explicación de la dinámica del ciclo de violencia	Que la persona conozca la dinámica de violencia y cómo ésta se relaciona con cuestiones cognitivas,	Psicoeducación	Que la persona exprese cómo su situación pasa por cada una de las etapas del ciclo de

	emocionales y conductuales		violencia
Reestructuración cognitiva acerca del curso de la violencia	Modificar la sensación de desesperanza (percepción de que la situación de violencia no puede terminar y que está fuera de control)	Reestructuración cognitiva	Que la persona asuma que su situación puede cambiar, para lo cual es indispensable adoptar una actitud de responsabilidad, sin olvidar que se requiere de un proceso de dotación de recursos y estrategias
Reestructuración cognitiva acerca de la autoimagen y autoeficacia de la persona	Eliminar la autodevaluación y aumentar la autoestima	Reestructuración cognitiva: Detección y detención de pensamientos irracionales, ensayo conductual	Que la persona exprese ideas de control y valía personal
Habilidades de comunicación, dentro de las cuales se incluye la asertividad	Proporcionar habilidades que le permitan expresar de forma adecuada sus pensamientos y sentimientos	Psicoeducación, técnicas de asertividad modelado, role playing	Que pueda reconocer conductas asertivas de las no asertivas y que pueda ejecutar c. asertivas en su ambiente cotidiano
fomento de independencia y autonomía	Promover la independencia y autonomía	Estrategia de solución de problemas. La dirección dependerá de cada situación (independencia económica...)	Una vez descrito el principal obstáculo para adquirir independencia y autonomía, se ubicaran las posibles alternativas, la ejecución de la alternativa elegida puede desarrollarse a lo largo del tratamiento. La conclusión satisfactoria dependerá de cada situación
Fomento de amplitud de redes sociales	Fomentar la independencia y seguridad	Entrenamiento en habilidades sociales, asertividad	Que la persona comience a reestablecer sus redes sociales
Estrategias de manejo emocional	Proporcionar estrategias para mejorar las reacciones emocionales	Técnicas de relajación: respiración diafragmática y relajación muscular	Que la persona sea capaz de relajarse, cada vez con mayor perfeccionamiento y autonomía, no solo en el

		progresiva	consultorio sino en su ambiente cotidiano. Este componente es parte de todo el proceso terapéutico. Para verificar la relajación, se realizaran mediciones fisiológicas objetivas de la temperatura periférica
Reestructuración cognitiva acerca de autoculpabilización y justificación de la situación de violencia	Eliminar los sentimientos de culpa a fin de que la persona se pueda responsabilizar únicamente de su propia conducta	Reestructuración cognitiva: Detección y detención de pensamientos irracionales, reatribución.	Que la persona sea capaz de diferenciar entre responsabilidades propias y las de otra persona
Evaluar el sistema de creencias y actitudes desmitificando los roles de género estereotipados	Modificar roles de género estereotipados que fomentan o mantiene la situación de violencia	Reestructuración cognitiva: debate de ideas o reglas, otras (la dirección dependerá de las ideas de cada persona)	Que la persona modifique las ideas que mantiene la situación de violencia por ideas más adaptativas.
Evaluar el grado de riesgo y reconocimiento de un episodio violento	Anticipar la respuesta ante una situación de violencia de tal forma que no se comprometa la integridad de la persona pero que favorezca la superación de la violencia	Solución de problemas ante situaciones específicas de violencia	Que la persona pueda contar con un plan para responder ante episodios específicos de violencia y que pueda valorar cual es la forma más adecuada de terminar con la relación de violencia

- Instrumentos

1. El Inventario de Sintomatología depresiva de Beck (IDB). Este instrumento fue validado y estandarizado para la población mexicana por Jurado et al. en 1998. Durante el proceso de estandarización se obtuvo una confiabilidad de .87 mediante el coeficiente alfa de cronbach. Así mismo, se obtuvo una validez concurrente de .65 al correlacionar el Inventario de Sintomatología depresiva de Beck (IDB) y la escala de Zung para la sintomatología depresiva.

2. Escala de Ansiedad de Beck (BAI). Dicha escala fue confiabilizada y validada para población mexicana por Robles et al. (2001). Respecto a las propiedades psicométricas se obtuvo alta consistencia interna en una muestra de universitarios y una muestra de adultos normales (alfa .84 y .83 respectivamente). Con respecto a la validez, la versión traducida del BAI presentó alta correlación con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE).

- Aparatos

Termómetro digital y baumanómetro digital.

A fin de asegurar la confiabilidad y validez en las mediciones fisiológicas, los dos aparatos serán calibrados por un experto. Además, se tendrá especial cuidado al tomar las mediciones (la persona tendrá que estar en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón). Dichas mediciones se realizarán por una misma persona, bajo las mismas condiciones ambientales.

- Tipo de Diseño

Se utilizará un diseño intrasujeto similar a la línea base múltiple.

- Procedimiento

1. Se realizará una entrevista inicial a cada una de las pacientes con sospecha de violencia conyugal, en dicha entrevista se aplicará un inventario que evalúe la violencia conyugal.
2. Se seleccionarán a las personas que estén viviendo violencia conyugal y que cubran todos los criterios para este estudio.

De cada dos personas que cubran los criterios, una permanecerá en lista de espera durante un mes (condición A) mientras que la otra iniciará inmediatamente el tratamiento (administración de variable independiente) (condición B). *Con este criterio se espera controlar algunos contaminantes como efectos de maduración o paso del tiempo.*

3. La designación de pacientes en lista de espera se realizará de manera azarosa por una persona ajena a la investigación.
4. A todas las pacientes (condición A y B) se les aplicaran los instrumentos de medición (Inventario de Sintomatología depresiva de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck) así mismo, se realizaran las mediciones fisiológicas correspondientes (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura periférica).
5. Las pacientes seleccionadas para iniciar inmediatamente el tratamiento (condición B) tendrán evaluaciones de las variables de interés antes durante y después de la intervención.
6. Concluido el tx. se dará seguimiento de la permanencia de cambios, por lo que después de tres, seis y doce meses se realizarán mediciones de las mismas variables de interés.
7. Con las personas que permanecieron en lista de espera, justo antes de iniciar el tx. se realizará otra medición de las variables de interés. Estas pacientes pasaran por las mismas condiciones que el otro grupo de personas (condición B).

- Resultados

Se realizará un análisis estadístico de los resultados (descriptivo y/o inferencial), dependiendo de las características de los instrumentos de medición, de las variables fisiológicas y de las características de la muestra.

Se realizaran las siguientes comparaciones:

- Intrasujeto (*donde el sujeto es su propio control*). Se compararan las mediciones antes y después del tratamiento en cada sujeto.
- Intersujeto (comparación entre pacientes): Se compararan las mediciones de variables dependientes de las pacientes que ya se encuentran en tratamiento contra las que permanecen en lista de espera.

De igual manera se buscará detallar los resultados en función de los criterios de significancia clínica.

ANEXO 2

Escala de violencia, Cienfuegos, 2004

(Versión original)

A continuación se presentan una lista de afirmaciones en las cuales usted debe de indicar, la frecuencia con la que cada una se presenta en su relación, tomando en cuenta la siguiente forma de respuesta:

NO LO HE HECHO EN EL AÑO (1)

UNA VEZ EN EL AÑO (2)

ALGUNAS VECES EN EL AÑO (3)

FRECUENTEMENTE EN EL AÑO (4)

SIEMPRE EN EL AÑO (5)

1	Mi pareja ha llegado a chantajearme	1	2	3	4	5
2	Mi pareja ha hecho que consuma drogas o alcohol a la fuerza	1	2	3	4	5
3	Mi pareja hace cosas para hacerme creer que estoy loca	1	2	3	4	5
4	Mi pareja me ha hecho escándalos en lugares públicos	1	2	3	4	5
5	Mi pareja me ha amenazado con quitarse la vida	1	2	3	4	5
6	Mi pareja me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero	1	2	3	4	5
7	Mi pareja me ha amenazado con abandonarme	1	2	3	4	5
8	Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable	1	2	3	4	5
9	Mi pareja me ha empujado con fuerza	1	2	3	4	5
10	Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él (ella) quiere	1	2	3	4	5
11	Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada	1	2	3	4	5
12	Mi pareja me ha lastimado diciéndome que tiene un (a) amante	1	2	3	4	5
13	Mi pareja me ha sacado de la casa a la fuerza	1	2	3	4	5
14	Mi pareja se ha burlado de mi cuando estamos solos	1	2	3	4	5
15	Mi pareja ha llegado a insultarme	1	2	3	4	5
16	Mi pareja ha llegado a gritarme	1	2	3	4	5
17	Mi pareja me ha dicho que soy culpable de nuestros problemas	1	2	3	4	5
18	Mi pareja me ha pedido que realice actos sexuales que no deseo	1	2	3	4	5
19	Mi pareja vigila todo lo que yo hago	1	2	3	4	5
20	Mi pareja no me respeta y no respeta lo mío	1	2	3	4	5
21	Mi pareja me ha dicho que soy fea o poco atractiva	1	2	3	4	5
22	Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales	1	2	3	4	5
23	Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con mis amigas	1	2	3	4	5
24	Mi pareja me ha amenazado con dañar mis pertenencias	1	2	3	4	5
25	Mi pareja me ha pateado estando en el piso	1	2	3	4	5
26	Mi pareja me trata como una ignorante o tonta	1	2	3	4	5
27	A mi pareja no le importa si estoy enferma o embarazada	1	2	3	4	5

28	Mi pareja se enoja si lo contradigo o no estoy de acuerdo con él	1	2	3	4	5
29	Mi pareja utiliza el dinero para controlarme	1	2	3	4	5
30	Mi pareja me ha amarrado	1	2	3	4	5
31	Mi pareja me ha amenazado con echarme de la casa	1	2	3	4	5
32	Mi pareja me ha amenazado con matarme	1	2	3	4	5
33	Mi pareja me ha forzado o ha utilizado la fuerza física para que tenga relaciones sexuales con él en contra de mi voluntad	1	2	3	4	5
34	Mi pareja me ha herido con algún objeto o arma	1	2	3	4	5
35	Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme	1	2	3	4	5
36	Mi pareja me ha aventado algún objeto	1	2	3	4	5
37	A mi pareja le molesta que gaste mi propio dinero	1	2	3	4	5
38	Mi pareja me amenaza con irse con otras si no accedo a tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5
39	He sentido miedo de mi pareja	1	2	3	4	5
40	Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma o está en riesgo mi salud	1	2	3	4	5
41	Mi pareja me ha amenazado con el puño	1	2	3	4	5
42	Mi pareja me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido	1	2	3	4	5
43	Mi pareja me ha tratado como sirvienta	1	2	3	4	5
44	Mi pareja ha intentado ahorcarme o asfixiarme	1	2	3	4	5
45	Mi pareja ha tomado actitudes autoritarias como apuntarme con el dedo o tronarme los dedos	1	2	3	4	5
46	Mi pareja me ha golpeado con la palma de la mano	1	2	3	4	5
47	Mi pareja exige explicaciones detalladas de la forma en que gasto el dinero	1	2	3	4	5
48	Mi pareja me exige obediencia a sus antojos	1	2	3	4	5
49	Mi pareja me ha golpeado estando embarazada	1	2	3	4	5
50	Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando	1	2	3	4	5
51	Mi pareja me agrede verbalmente si no atiende a mis hijos como él piensa que debería ser	1	2	3	4	5
52	Mi pareja se enoja si no atiende a mis hijos como él piensa que debería ser	1	2	3	4	5
53	Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da	1	2	3	4	5
54	Mi pareja se enoja si no está la comida, el trabajo de la casa, el lavado de la ropa, cuando él cree que debería estar	1	2	3	4	5
55	Mi pareja controla el dinero y yo se lo tengo que pedir	1	2	3	4	5
56	Mi pareja me ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido	1	2	3	4	5
57	Mi pareja me ha quemado	1	2	3	4	5
58	Mi pareja me maltrata cuando toma alcohol o alguna sustancia	1	2	3	4	5
59	Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada y que no puedo cuidarme sola	1	2	3	4	5

60	Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta	1	2	3	4	5
61	Mi pareja ha usado algún objeto en mi de manera sexual en contra de mi voluntad	1	2	3	4	5
62	Mi pareja ha amenazado con lastimarme	1	2	3	4	5
63	Mi pareja me chantajea con su dinero	1	2	3	4	5
64	Mi pareja me ha amenazado o asustado con algún arma	1	2	3	4	5
65	Mi pareja me ha encerrado	1	2	3	4	5
66	Mi pareja me ha jalado el pelo	1	2	3	4	5
67	Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa	1	2	3	4	5
68	Mi pareja me exige que me quede en casa	1	2	3	4	5
69	Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo	1	2	3	4	5
70	Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades	1	2	3	4	5

En caso de haber contestado alguna de las anteriores afirmaciones con 2 o más. ¿Cuánto tiempo considera usted que ha pasado desde que le ocurrió por primera vez, algo similar, con su pareja actual?

_____ años

_____ meses

ANEXO 3

Escala de Violencia (EV)

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

EJEMPLO:

TENGO DOLORES DE CABEZA

NUNCA

ALGUNA VEZ

MUCHAS VECES

SIEMPRE

1. Mi pareja me ha hecho escándalos en lugares públicos
2. Mi pareja me ha amenazado con quitarse la vida
3. Mi pareja me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero
4. Mi pareja me ha amenazado con abandonarme
5. Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable
6. Mi pareja me ha empujado con fuerza
7. Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él (ella) quiere
8. Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada
9. Mi pareja me ha lastimado diciéndome que tiene un amante
10. Mi pareja me ha sacado de la casa a la fuerza

CAMBIAR DE HOJA

11. Mi pareja se ha burlado de mi cuando estamos solos
12. Mi pareja ha llegado a insultarme
13. Mi pareja ha llegado a gritarme
14. Mi pareja me ha pedido que realice actos sexuales que no deseo
15. Mi pareja vigila todo lo que yo hago

16. Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales
17. Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con mis amigas
18. Mi pareja me ha amenazado con echarme de la casa
19. Mi pareja me ha amenazado con matarme
20. Mi pareja me ha forzado o ha utilizado la fuerza física para que tenga relaciones sexuales con él en contra de mi voluntad
21. Mi pareja me ha herido con algún objeto o arma
22. Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme

CAMBIAR DE HOJA

23. A mi pareja le molesta que gaste mi propio dinero
24. He sentido miedo de mi pareja
25. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma o está en riesgo mi salud
26. Mi pareja me ha amenazado con el puño
27. Mi pareja me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido
28. Mi pareja ha intentado ahorcarme o asfixiarme
29. Mi pareja ha tomado actitudes autoritarias como apuntarme con el dedo o tronarme los dedos
30. Mi pareja exige explicaciones detalladas de la forma en que gasto el dinero
31. Mi pareja me ha golpeado estando embarazada
32. Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando
33. Mi pareja me agrede verbalmente si no atiendo a mis hijos como él piensa que debería ser
34. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que meda

CAMBIAR DE HOJA

35. Mi pareja se enoja si no está la comida, el trabajo de la casa, el lavado de la ropa, cuando él cree que debería estar
36. Mi pareja controla el dinero y yo se lo tengo que pedir
37. Mi pareja me ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido
38. Mi pareja me ha quemado
39. Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta

- 40. Mi pareja ha amenazado con lastimarme
- 41. Mi pareja me ha amenazado o asustado con algún arma
- 42. Mi pareja me ha encerrado
- 43. Mi pareja me ha jalado el pelo
- 44. Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa
- 45. Mi pareja me exige que me quede en casa
- 46. Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo

CAMBIAR DE HOJA

- 47. Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades

SOLICITAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

Actualmente vivo con mi pareja: SI _____

NO _____

Gracias por su participación

ANEXO 4

Escala de Violencia (EV)

Fecha: _____

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja, cada una de ellas tiene 4 opciones de respuesta. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

Ejemplo:

TENGO DOLORES DE CABEZA

NUNCA

ALGUNA VEZ

MUCHAS VECES

SIEMPRE

-
1. Mi pareja me ha amenazado con quitarse la vida
 2. Mi pareja me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero
 3. Mi pareja me dice que no me sé arreglar
 4. Mi pareja me ha empujado
 5. Mi pareja se enoja si no hago lo que él quiere
 6. Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada
 7. Mi pareja me ha dicho que tiene un amante
 8. Mi pareja me ha sacado de la casa a la fuerza
- CAMBIAR DE HOJA**
9. Mi pareja me ha gritado
 10. Mi pareja me ha pedido tener relaciones sexuales en formas que no me gustan
 11. Mi pareja vigila todo lo que yo hago
 12. Tengo relaciones sexuales con mi pareja, solo cuando él quiere
 13. Mi pareja me prohíbe que me junte con mis amigas
 14. Mi pareja me ha amenazado con matarme
 15. Mi pareja me ha obligado a tener relaciones sexuales con él
 16. Mi pareja me ha lastimado con algún objeto o arma

17. Mi pareja ha golpeado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme
18. A mi pareja le molesta que gaste mi propio dinero
19. Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma
20. Mi pareja me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido

CAMBIAR DE HOJA

21. Mi pareja ha intentado ahorcarme o asfixiarme
22. Mi pareja me pregunta en que gasto el dinero
23. Mi pareja me ha golpeado estando embarazada
24. Mi pareja no me deja trabajar o seguir estudiando
25. Mi pareja me dice cosas que no me gustan si no atiende a mis hijos como él piensa que debería ser
26. Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da
27. Mi pareja se enoja si no está la comida, la ropa lavada o el trabajo de la casa, cuando él cree que debería estar
28. Mi pareja tiene el dinero y yo se lo tengo que pedir
29. Mi pareja me ha obligado a ver revistas o películas de contenido sexual
30. Mi pareja me ha quemado
31. Mi pareja me ha encerrado
32. Mi pareja me ha jalado el pelo

CAMBIAR DE HOJA

33. Mi pareja no me da dinero para que me quede en casa
34. A mi pareja no le gusta que yo salga de la casa
35. Mi pareja se pone celoso y sospecha de mis amistades

SOLICITAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

A que se dedica: _____

Domicilio: _____

Actualmente vive con su pareja: SI ___

NO ___

Si contestó a más de una pregunta con alguna vez, muchas veces o siempre solicite ayuda a la persona que le dio el cuestionario

Gracias por su participación

ANEXO 5

Escala de Violencia (EV)

Fecha: _____

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja, cada una de ellas tiene 4 opciones de respuesta. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

Ejemplo:

TENGO DOLORES DE CABEZA

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

Mi pareja...

1. Se molesta porque gasto mi propio dinero

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

2. Me ha amenazado con quitarse la vida

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

3. Me ha empujado

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

4. Me ha pedido tener relaciones sexuales en formas que no me gustan

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

5. Me pregunta en que gasto el dinero

NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
-------	------------	--------------	---------

6. Me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
7. Me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
8. Se pone celoso y sospecha de mis amistades	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
9. No me deja trabajar o seguir estudiando	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
10. Me ha dicho que no sirvo para nada	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
11. Ha intentado ahorcarme o asfixiarme	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
12. Me ha obligado a tener relaciones sexuales con él	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
13. Se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
14. Me dice que no me sé arreglar	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
15. Me ha golpeado estando embarazada	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
16. Me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
17. Tiene el dinero y yo se lo tengo que pedir	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
18. Se enoja si no hago lo que él quiere	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
19. Me ha quemado	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE

20. Me ha dicho que tiene un amante
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
21. Me ha gritado
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
22. Me ha encerrado
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
23. Me ha obligado a ver revistas o películas de contenido sexual
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
24. Vigila todo lo que yo hago
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
25. Me prohíbe que me junte con mis amigas
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
26. Me ha amenazado con matarme
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
27. Me dice cosas que no me gustan sino cuido a mis hijos como él quiere
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
28. Se enoja si no está la comida, la ropa lavada o el trabajo de la casa
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
29. A mi pareja no le gusta que yo salga de la casa
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE
30. Tengo relaciones sexuales con mi pareja, solo cuando él quiere
 NUNCA ALGUNA VEZ MUCHAS VECES SIEMPRE

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

A que se dedica: _____ Domicilio: _____

Actualmente vive con su pareja: SI ___ NO ___

Si contestó a más de una pregunta con alguna vez, muchas veces o siempre solicite ayuda a la persona que le dio el cuestionario

Gracias por su participación

ANEXO 6

Escala de Violencia (EV)

Fecha: _____

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja, cada una de ellas tiene 4 opciones de respuesta. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

Ejemplo:

TENGO DOLORES DE CABEZA

NUNCA

ALGUNA VEZ

MUCHAS VECES

SIEMPRE

Mi pareja...

1. Se molesta porque gasto mi propio dinero
2. Me ha amenazado con quitarse la vida
3. Me ha empujado
4. Me ha pedido tener relaciones sexuales en formas que no me gustan

CAMBIAR DE HOJA

5. Me pregunta en que gasto el dinero
6. Me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero
7. Me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido
8. Se pone celoso y sospecha de mis amistades
9. No me deja trabajar o seguir estudiando
10. Me ha dicho que no sirvo para nada
11. Ha intentado ahorcarme o asfixiarme
12. Me ha obligado a tener relaciones sexuales con él
13. Se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da
14. Me dice que no me sé arreglar

CAMBIAR DE HOJA

15. Me ha golpeado estando embarazada
16. Me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enferma
17. Tiene el dinero y yo se lo tengo que pedir
18. Se enoja si no hago lo que él quiere
19. Me ha quemado
20. Me ha dicho que tiene un amante
21. Me ha gritado
22. Me ha encerrado
23. Me ha obligado a ver revistas o películas de contenido sexual
24. Vigila todo lo que yo hago

CAMBIAR DE HOJA

25. Me prohíbe que me junte con mis amigas
26. Me ha amenazado con matarme
27. Me dice cosas que no me gustan sino cuido a mis hijos como él quiere
28. Se enoja si no está la comida, la ropa lavada o el trabajo de la casa
29. A mi pareja no le gusta que yo salga de la casa
30. Tengo relaciones sexuales con mi pareja, solo cuando él quiere

SOLICITAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

A que se dedica: _____ Domicilio: _____

Actualmente vive con su pareja: SI ___ NO ___

Si contestó a más de una pregunta con alguna vez, muchas veces o siempre solicite ayuda a la persona que le dio el cuestionario

Gracias por su participación

EV
(HOJA DE RESPUESTAS)

Fecha: _____

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja, cada una de ellas tiene 4 opciones de respuesta. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

Ejemplo:

	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NUNCA	ALGUNA VEZ	MUCHAS VECES	SIEMPRE
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLICITAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Edad: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

A qué se dedica: _____

Domicilio: _____

Actualmente vive con su pareja: SI ___ NO ___

Si contestó a más de una pregunta con alguna vez, muchas veces o siempre solicite ayuda a la persona que le dio el cuestionario

Gracias por su participación

ANEXO 7

BREVE ESCALA DE VIOLENCIA

(Versión final)

Fecha: _____

A continuación se presentan una lista de afirmaciones que se refieren a su relación de pareja, cada una de ellas tiene 4 opciones de respuesta. Por favor, tache (X) la opción de respuesta que mejor describa su situación.

Dicho cuestionario es confidencial ya que nadie se enterará de sus respuestas, por lo que le pedimos conteste de manera sincera. ¡No hay respuestas buenas ni malas!

Por favor, si tiene alguna duda tenga plena confianza en preguntar, con gusto le atenderemos.

Ejemplo:

TENGO DOLORES DE CABEZA

NUNCA

ALGUNA VEZ

MUCHAS VECES

SIEMPRE

Mi pareja...

1. Se molesta porque gasto mi propio dinero
2. Me ha empujado
3. Me ha pedido tener relaciones sexuales en formas que no me gustan
4. Me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido
5. Se pone celoso y sospecha de mis amistades
6. No me deja trabajar o seguir estudiando
7. Ha intentado ahorcarme o asfixiarme
8. Me dice que no me sé arreglar
9. Tiene el dinero y yo se lo tengo que pedir
10. Me ha gritado
11. Me ha obligado a ver revistas o películas de contenido sexual
12. Vigila todo lo que yo hago
13. Me prohíbe que me junte con mis amigas
14. Me dice cosas que no me gustan sino cuido a mis hijos como él quiere
15. A mi pareja no le gusta que yo salga de la casa

PEDIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

A que se dedica: _____

Domicilio: _____

Actualmente vive con su pareja: SI___ NO___

Si contestó a más de una pregunta con alguna vez, muchas veces o siempre solicite ayuda a la persona que le dio el cuestionario

Gracias por su participación

ANEXO 8



Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas

INER

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

ENTREVISTA INICIAL

Fecha: _____

No. Folio Psicológico: _____

No. Expediente Médico: _____

Consulta Externa
Hospitalización
Otros:

Datos generales

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo: (M) (F) Edad: _____ Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Domicilio: _____

Calle y número

Colonia

C.P.

Delegación: _____

Teléfono(s): _____ Recados: _____

Atención médica

Diagnóstico médico principal: _____

¿Está bajo tratamiento médico? (Si) (No) ¿por qué? _____

Nombre del médico tratante: _____

¿Qué medicamentos toma y en qué dosis?: _____

Otras enfermedades importantes: _____

Atención psicológica.

¿Ha recibido atención psicológica? (Si) (No) Motivo: _____

¿Recibió tratamiento? (Si) (No) ¿Por qué? _____

Fase del tratamiento en la que se encuentra: _____

¿Concluyó su tratamiento? (Si) (No) ¿Por qué? _____

Motivo de consulta: _____

Impresión y actitud general: _____

Examen mental: _____

Antecedentes importantes y familiograma.



Nombre: _____
No. Folio: _____

NOTA PSICOLÓGICA DE EVOLUCIÓN

CE
H
O

Fecha: _____
Sesión: _____

S: _____

O: _____

A: _____

P: _____

Psicólogo: _____

CE
H
O

Fecha: _____
Sesión: _____

S: _____

O: _____

A: _____

P: _____

Psicólogo: _____



Nombre: _____

No. Folio: _____

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Conceptualización Cognitivo-Conductual

E Antecedentes (2)	O Organismo (4)	R Respuesta (1)	C Consecuencias (3)
1. <i>Externos</i> 2. <i>Internos</i> 3. <i>Historia del problema</i>	1. <i>Enfermedad médica</i> 2. <i>Habilidades, competencias</i> 3. <i>Deficiencias</i> 4. <i>Variables cognitivo-culturales</i>	1. <i>Cognitivas</i> 2. <i>Emocionales</i> 3. <i>Fisiológicas</i> 4. <i>Motoras</i>	1. <i>Consecuencias individuales inmediatas</i> 2. <i>Consecuencias individuales mediatas</i> 3. <i>Consecuencias de otros</i>



EVALUACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Nombre: _____

No. Folio: _____

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS					
Fecha	Prueba	Puntaje/Rango/Calificación	Interpretación	Observaciones	
AUTOREGISTROS					
Fecha	Tipo de registro	Conductas problema	Déficit conductuales	Excesos conductuales	Habilidades o recursos del paciente

ANEXO 9

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Propuesta)

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE DOLOR ONCOLÓGICO, SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER BRONCOGÉNICO

Dado que el dolor físico es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente con cáncer, y éste suele asociarse frecuentemente con niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, el objetivo del presente estudio es:

Implementar y examinar los efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual sobre la percepción del dolor físico, índices de sintomatología depresiva y ansiedad en pacientes con cáncer broncogénico del Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias.

MÉTODO

- **Participantes**

Pacientes con diagnóstico de cáncer (Ca) Broncogénico que refieran experimentar dolor físico leve a moderado (1-7 puntos en la Escala Visual Análoga).

Criterios de inclusión:

- Que sean atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
- Que no tengan problemas para trasladarse al INER y recibir el tratamiento de manera periódica.
- Que estén dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que presenten alguna alteración psiquiátrica y/o retraso mental grave.
- Que se encuentren en estadio clínico IV, de acuerdo a la clasificación T (tumor) N (nodo linfático) M (metástasis).

- **Tipo de muestreo**

Será no probabilístico bajo un criterio por conveniencia, es decir, dependerá de la disponibilidad de los participantes en ser parte del estudio.

A) Variables Dependientes (VD)

1. Alteraciones psicoemocionales: sintomatología depresiva y ansiedad.

- c) Sintomatología depresiva. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) la sintomatología depresiva se ubica como un trastorno del estado de ánimo que debe cubrir una serie de síntomas y signos como: pérdida del interés por la mayoría de sus actividades, cambios en el apetito y peso, cambios en el sueño y en nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones, e ideas recurrentes de suicidio y muerte. Así mismo, se muestra un malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral y de otras áreas importantes para la persona.
- d) Ansiedad. De acuerdo a DSM IV, la ansiedad comprende una serie de trastornos, particularmente en este estudio, se considerará la ansiedad generalizada, que se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva), dificultades para controlar este estado de constante preocupación, inquietud, fatiga, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo o bien, interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

Ambas variables serán evaluadas a través del Inventario de Ansiedad y Sintomatología depresiva en el Hospital (HAD), el cual se detalla en el apartado de instrumentos.

2. Percepción del dolor físico (intensidad y frecuencia)

Dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a daño tisular, ya sea real, potencial o descrita en términos de dicho daño.

Esta variable se evaluará a través de los siguientes componentes:

- a) Sistema de autorregistros sobre el control gráfico del dolor, el cual se detalla en el apartado de instrumentos.
- b) Mediciones psicofisiológicas. Son correlatos que proporcionan información del paciente sobre la relación entre los procesos emocionales, los cambios fisiológicos y bioquímicos (Domínguez, Olvera, Cruz, y Cortés, 2001). Algunos autores (Domínguez, 1996; Ramírez y Mateos, 2005) refieren que existen indicadores fisiológicos que pueden ser considerados en la evaluación del dolor, los cuales indican activación del sistema nervioso simpático como respuesta de pelea y huida ante una situación de estrés.
- Temperatura periférica. Las variaciones en la temperatura periférica de la piel son producidas por un aumento y disminución de la irrigación sanguínea periférica; son indicadores confiables de los cambios emocionales, específicamente de los cambios de estrés-relajación y de la actividad del sistema nervioso simpático y parasimpático (Domínguez, Olvera, Cruz, y Cortés, 2001; Ramírez y Mateos, 2005).

La temperatura periférica será evaluada a través de la variación en la temperatura cutánea periférica de la extremidad superior dominante (mano izquierda o derecha) registrada por medio de un termómetro digital electrónico.

- frecuencia cardiaca. Número de contracciones por minuto en el corazón y los vasos sanguíneos .

B) Variables Independientes (VI): Intervención cognitivo-conductual

Considerando las diferencias individuales, el programa de intervención se adaptará de acuerdo a cada paciente, cubriendo cada uno de los componentes básicos de dicho programa. Cabe aclarar que no es indispensable seguir el orden de los componentes siempre y cuando se cubran todos. Las características esenciales del tratamiento se presentan a continuación (se trata de una intervención individual):

COMPONENTE BÁSICO	ESTRATEGIA / TÉCNICA
Establecimiento de rapport y fomento de adhesión psicoterapéutica	Actitud empática y de respeto. Validación y contención emocional
Psicoeducación	Psicoeducación (padecimiento oncológico, tratamiento, dolor crónico e influencia de reacciones emocionales)
Manejo de dolor crónico y control emocional	Técnicas de relajación (Imaginería) Biofeedback (Temp. Periférica, frecuencia cardiaca) Reestructuración cognitiva (distorsiones cognitivas que generen ansiedad o sintomatología depresiva)
Manejo conductual	Control de estímulos ambientales (fomento de actividades placenteras y distractoras)
Autonomía y fomento de redes sociales	Técnicas de asertividad

INSTRUMENTOS

1. Escala de Ansiedad y Sintomatología depresiva Hospitalaria “HAD” (López et al., 2002). A través de este instrumento se miden índices de ansiedad y sintomatología depresiva de pacientes que se encuentran en un ambiente hospitalario o con alguna enfermedad crónica, quitando los síntomas médicos y evaluando únicamente los psicológicos. Se ha utilizado en investigación médica sobre sintomatología depresiva y ansiedad en pacientes mexicanos Resendiz (2006). Este instrumento consta de 14 preguntas divididas en 7 que evalúan ansiedad y 7 que evalúan sintomatología depresiva, dichos reactivos están intercalados alternativamente de manera que los reactivos impares corresponden a *ANSIEDAD*, mientras que los reactivos pares a *SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA*. Los reactivos se puntúan en una escala tipo Likert de 0 a 3, donde el punto de corte para la ansiedad es 8 mientras que para la sintomatología depresiva es de 7. Véase *anexo 1B*

2. Formato de entrevista “Historial Algológico”. Adaptado de Resendiz (2006). Dicho instrumento consta de las siguientes secciones: ficha de identificación, padecimiento médico actual, situaciones preocupantes, actividades de esparcimiento y redes sociales,

historia clínica del dolor, (características del dolor, tiempo de evolución, intensidad, ubicación, atribuciones cognitivas acerca del dolor, actividades realizadas para mitigar el dolor, ganancias secundarias, repercusiones en distintas área de la vida y un apartado para explorar riesgo de adicciones. Véase *anexo 2B*

3. Formato de autorregistros para paciente “Control Gráfico del dolor”. Adaptado de Domínguez y Olvera (2005) y De la Garza (2006);. Este instrumento tiene la finalidad de evaluar de manera continua la intensidad y la frecuencia del dolor, así como las conductas realizadas para mitigar el dolor tales como ingesta de medicamentos y técnicas comportamentales. Véase *anexo 3B*

4. Formato de autorregistros para cuidador primario “Control Gráfico del dolor - Cuidador primario”. El objetivo de este instrumento es registrar las conductas de dolor presentadas por el paciente de forma continua, así como las conductas realizadas para mitigar el dolor (ingesta de medicamentos y técnicas comportamentales). Véase *anexo 4B*

APARATOS

1. Termómetro electrónico digital (*Digi-temp*). Este aparato registra la temperatura periférica cutánea.

A fin de asegurar la confiabilidad y validez en las mediciones fisiológicas, el aparato será calibrado por un experto. Además, se tendrá especial cuidado al tomar las mediciones, las cuales se realizarán por una misma persona, bajo las mismas condiciones ambientales.

Tipo de estudio y Diseño de investigación

Se trata de un estudio longitudinal, con un diseño de caso único con replicas.

Procedimiento

1. Se realizará una entrevista inicial a los pacientes con Ca broncogénico que refieran experimentar dolor físico.
2. Se seleccionarán los pacientes que cubran todos los criterios para este estudio.
3. Se solicitará consentimiento por escrito a los pacientes que deseen participar en la investigación. Véase *anexo 5B*
4. Se aplicaran los instrumentos de medición (HAD). La medición de las VD se realizará antes, durante y después de la intervención (VI).
5. Se realizará historia clínica basada en el formato “Historial Algológico”.
6. Se obtendrá línea base durante dos semanas sobre la intensidad y frecuencia de dolor percibida por el paciente.
7. Se obtendrá línea base durante dos semanas sobre las conductas de dolor presentadas por el paciente, dicho registro lo realizará el cuidador primario.
8. Se administrará la intervención cognitivo-conductual (VI) de manera individual.

9. Concluido el tratamiento se dará seguimiento de la permanencia de cambios a las tres y seis semanas.

Resultados

- Se realizará un análisis estadístico (descriptivo y/o inferencial), dependiendo de las características de los instrumentos de medición, de las variables y del tamaño de la muestra.
- Se realizarán comparaciones intrasujeto (*el sujeto es su propio control*). Es decir, se compararán las mediciones de las VD antes y después del tratamiento en cada sujeto.

Discusión. Los resultados obtenidos se relacionarán con los estudios y hallazgos reportados en la literatura hasta ese momento. Se buscará detallar los resultados en función de los criterios de significancia clínica.

ANEXO 1B

HAD

Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te has sentido durante la semana pasada. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabajas deprisa tus respuestas se ajustarán mucho más a cómo te has sentido la semana pasada.

1. Me siento tenso (a) o nervioso (a).

Todos los días. Muchas veces. A veces. Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Como siempre. No lo bastante. Sólo un poco. Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

Definitivamente y es muy fuerte. Sí, pero no es muy fuerte. Un poco, pero no me preocupa. Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

Al igual que siempre lo hice. No tanto ahora. Casi nunca. Nunca.

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

La mayoría de las veces Con bastante frecuencia A veces, aunque no muy a menudo Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre.

Nunca No muy a menudo A veces Siempre

7. Puedo estar sentado (a) tranquilamente y sentirme relajado (a).

Siempre Por lo general. No muy a menudo Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento (a).

Por lo general en todo momento Muy a menudo A veces Nunca

9. Tengo una sensación extraña como de aleteo en el estómago.

Nunca En ciertas ocasiones En bastante frecuencia A menudo

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

Totalmente preocupado No me preocupo tanto como debiera Iría tener un poco más de cuidado Igual

11. Me siento inquieto (a), como si no pudiera parar de moverme.

Mucho Bastante No mucho Nada

12. Me siento optimista respecto al futuro.

Igual que siempre Menos de lo que acostumbraba Mucho menos de lo que acostumbraba Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Muy frecuentemente Bastante a menudo No muy a menudo Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

A menudo A veces No muy a menudo Rara vez

ANEXO 2B
HISTORIAL ALGOLÓGICO

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____

Originario: _____ Residente: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Religión: _____

Teléfonos: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Diagnóstico principal: _____

Tratamiento: _____

Otras enfermedades importantes: _____

Actualmente, ¿tiene una situación que le preocupe?

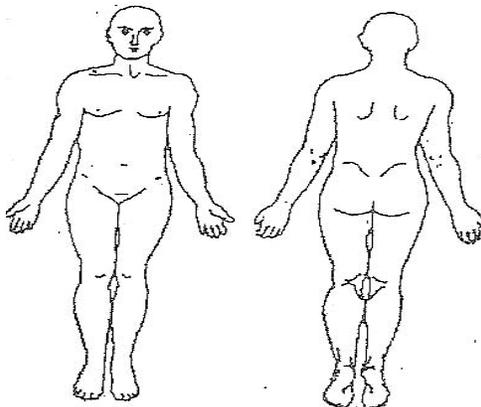
Antecedentes importantes

Actividades de esparcimiento o pasatiempos

Redes sociales

FAMILIOGRAMA

Señale dónde siente su dolor



1. ¿Desde cuándo siente el dolor?
2. ¿Cómo es el dolor?
3. ¿Qué palabras utilizaría para describir su dolor?
4. El dolor es como si.... ¿A qué cree que se deba su dolor?

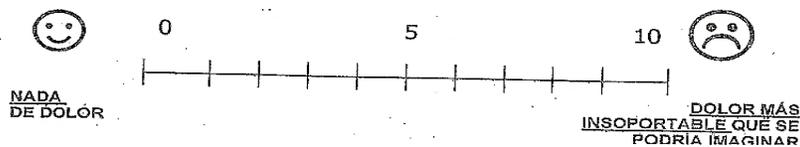
5. ¿Qué ha hecho para aliviar su dolor?

6. ¿Le ha funcionado? si___ No___

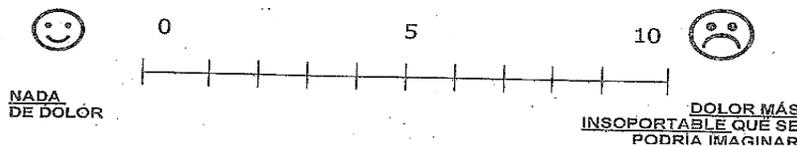
¿Por qué?

Considerando que 0 significa NADA y 10 es igual al DOLOR MAS INSOPORTABLE que se pueda imaginar, cómo calificaría su dolor en las siguientes situaciones:

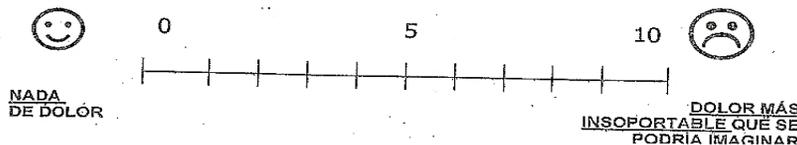
- Mayor dolor que ha sentido en su vida



- Dolor que normalmente siente



- Dolor que siente en este momento



Características del dolor

Agudo___ Crónico___ Continuo___ Repentino___

Bien localizado___ Difuso___

Quemante___ Ardoso___ Frio-ardoso___ Piquetes___ Calambres___

Perforante___ Otro_____

Papel del dolor en su vida cotidiana

A partir del dolor, cuáles ha sido los cambios percibidos en:

- Relación con familiares cercanos: _____

- Relación con pareja: _____

- Relación con amistades: _____

- Actividades recreativas: _____

- Vida sexual: _____

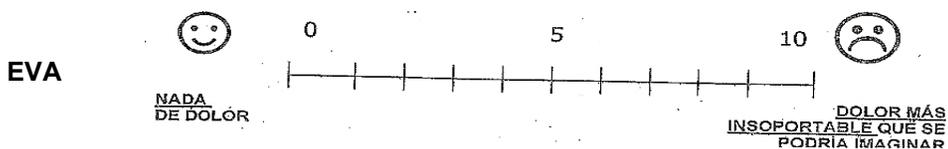
La presencia de dolor le ha traído algún beneficio: _____

Qué desventajas le ha traído el dolor: _____

Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas: _____
Cuales: _____

Tiene alguno familiar con antecedentes de drogas y alcohol: _____

ANEXO 3B CONTROL GRÁFICO DEL DOLOR



AUTORREGISTRO

FECHA	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA Antes</i>	MEDICAMENTOS Tipo y dosis	TÉCNICAS COMPORTAMENTALES	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA después</i>
MAÑANA 6-12am				
MEDIO DIA 12-6pm				
TARDE 6-12pm				
NOCHE 12-6am				

Observaciones:

FECHA	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA Antes</i>	MEDICAMENTOS Tipo y dosis	TÉCNICAS COMPORTAMENTALES	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA después</i>
MAÑANA 6-12am				
MEDIO DIA 12-6pm				
TARDE 6-12pm				
NOCHE 12-6am				

Observaciones:

ANEXO 4B
CONTROL GRÁFICO DEL DOLOR
Cuidador Primario - Conductas de dolor

llorar	Gemir	No moverse	Muecas	Pedir medicamento	Otras:
--------	-------	------------	--------	-------------------	--------

REGISTRO

FECHA	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA <u>Antes</u></i>	MEDICAMENTOS Tipo y dosis	TÉCNICAS COMPORTAMENTALES	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA <u>después</u></i>
MAÑANA  6-12am				
MEDIO DIA  12-6pm				
TARDE  6-12pm				
NOCHE  12-6am				

Observaciones:

FECHA	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA <u>Antes</u></i>	MEDICAMENTOS Tipo y dosis	TÉCNICAS COMPORTAMENTALES	INTENSIDAD DEL DOLOR <i>EVA <u>después</u></i>
MAÑANA  6-12am				
MEDIO DIA  12-6pm				
TARDE  6-12pm				
NOCHE  12-6am				

Observaciones:

ANEXO 5B
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE DOLOR ONCOLÓGICO, SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER BRONCOGENICO" cuyo objetivo es: examinar los efectos de una intervención psicológica sobre el dolor físico, sintomatología depresiva y ansiedad.

Estoy consciente de que los procedimientos y pruebas para lograr el objetivo mencionado consistirá en aplicación de técnicas comportamentales y medición de marcadores fisiológicos (temperatura periférica y frecuencia cardiaca) y que los riesgos para mi persona serán nulos.

Así mismo, estoy informado que seré libre de retirarme de la investigación en el momento que yo lo considere sin que esto repercuta en la atención que como paciente recibo en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

México, D.F., a _____ del 2008

Firma del participante

Testigo

Testigo