

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA: RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ADULTOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE."

TESIS

Que para optar por el grado de Maestría en Psicología presenta:

Lic. Dulce Viridiana Santiago García

TUTOR PRINCIPAL:
Dr. Juan José Sánchez Sosa (Facultad de Psicología, UNAM)

COMITÉ TUTOR:
Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán)
Dr. Max Julio Schmulson Wasserman (Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM)
Dra. Mariana Gutiérrez Lara (Facultad de Psicología, UNAM)
Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER)

SUPERVISORA CLÍNICA:
Rebeca Sánchez Monroy (Facultad de Psicología, UNAM)

Ciudad Universitaria, CD. MX, septiembre 2021

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco tener la oportunidad de poder vivir la conclusión de este paso, pero más aún el proceso que me ha llevado a este día importante en mi vida y llenarme de miles de oportunidades increíbles, así como de personas que me han compartido un momento de sí, a mi casa de estudios, porque si algo te da la UNAM, son oportunidades extraordinarias en pro de la sociedad y de tu crecimiento como persona.

Mis padres: Beatriz, que con su compañía y sus palabras me han permitido salir adelante y aprender que el amor y el agradecimiento siempre requieren acciones que sean congruentes. Es una mujer que ama la vida y a los demás, con una admirable entrega y compromiso que apapachan tu alma, eres una mujer a la que amo mucho. Y a mi padre Pedro, que cada día busca superarse a sí mismo, has marcado momentos importantes en mi vida y me has enseñado la importancia de la disciplina, la perseverancia, la humildad y el coraje para luchar por lo que ahora creo justo para mí y para los otros. Ambos me enseñaron a pelear por lo que creo correcto y los amo demasiado.

A mi hermana mayor Anayely, por su apoyo en mis sueños, planes y proyectos que me han ayudado a saber equilibrar o encontrar a una amiga además de una hermana. Gracias por ayudarme a buscar ese aprendizaje de las situaciones más difíciles que me tocó enfrentar, eres una mujer entregada a tus sueños y eso es justo lo que te hace especial, estás hecha para grandes cosas y sé que las vas a lograr y quiero estar allí para poder compartirlo. A mi hermana pequeña Belén, que siempre ha sido una luz con su maravillosa forma de ver la vida y su creatividad que te regresa a encontrarle sentido a lo que había olvidado que era importante, por llenarme de amor y esperanza con sus abrazos, sus palabras y juegos, te amo mi niña pequeña.

Mario, gracias por ser el mejor compañero de vida y pareja, un hombre afectivo, responsable, noble e inteligente que cada día me ayuda a conocer una parte que no conocía de mí, así como a vivir de una forma tan plena y libre. Te quiero y agradezco conocerte más cada día porque no dejo de sorprenderme y admirarte, gracias por convertir cada momento en algo especial.

Rebe hemos compartido momentos tan increíbles que han fomentado mi cariño, respeto y admiración cada día más y de quien he recibido tanto que no me alcanzan las palabras para describir el impacto que ha marcado en mi vida personal y profesional. Es una psicóloga extraordinaria y una amiga, mentora y ser humano que siempre llevare conmigo y que contará conmigo sin importar lo que venga. Gracias por enseñarme y por tanto cariño.

Al Dr. Juan José porque ha sido un tutor increíble que siempre te enseña a luchar por lo que quieres y que hay formas en que puedes lograrlo, porque creyó en mi proyecto y siempre me apoyó, porque de verdad te sabe formar y mostrar lo hermoso que es la Psicología Clínica y te hace sentir cobijada ante todo el estrés que puedas tener en el camino, gracias por ser un docente que marca la diferencia, definitivamente te impulsa a querer ser mejor cada día.

Al. Dr. Max Schmulson por alentarme a la importancia que tiene el área psicológica en estos padecimientos y esa actitud suya de compartir todo el conocimiento que le sea posible brindar, así como esa apertura a poder trabajar entre disciplinas en pro del conocimiento y crecimiento como personas. Lo admiro mucho y en verdad es un gran orgullo aprender de usted.

A la dra. Mariana Gutiérrez, el Dr. Héctor Velázquez y la dra. Nancy Caballero por su apoyo en abrir mi perspectiva en lo importante de un trabajo multidisciplinario, en su colaboración en el proyecto y porque son profesionales admirables que sin ellos mucho de este proyecto no tendría el mismo resultado. En memoria de la Mtra. Irma Zaldívar, quien desafortunadamente en esta pandemia le

perdimos, pero que formó parte de este proyecto y con quien tuve oportunidad de aprender y conocerle como persona y profesional, la llevaré en mis recuerdos con mucho cariño y respeto.

Víctor Sánchez, gracias por ser un hermano para mí, por siempre mostrarme la realidad donde siempre existe la posibilidad de equivocarse y que eso no siempre era lo peor sino no una oportunidad para crecer y amar, a pesar de todo tu sinceridad y esperanza son algo que te caracteriza, me hace feliz compartir juntos los logros, te quiero mucho.

A mis compañeros psicólogos en formación ha sido todo un honor trabajar con ustedes y aprender de cada una de sus historias y de su fuerza para intentarlo aunque tienen miedo son admirables a mis ojos porque es un honor poder llamarlos colegas, lo valioso no sólo es un título sino esa fuerza que ponen para poder aprender y querer ser mejores con las personas acuden al servicio y en verdad valoro cada muestra de afecto que han tenido conmigo: Alanna Beristain, Alejandra Labastida, Ana Barrientos, Belem Pérez, Andrea Jiménez, Aridai Villegas, Ashley García, Dulce González, Esmeralda Solares, Gisell Duarte, Berenice Suárez, Daniela Torres, Estefany Velázquez, Frida Pino, Gabriela Medina, Iván Rodríguez, Jaime Huitrón, Karla Cabrera, Laura Torres, Maria Maldonado, Mary Carmen Amaya, Montserrat Espejel, Paola Nava, Rafael Astorga, Rosa Ramírez, Sandra Espinosa, Santiago Ortega, Sebastián Beristain, Tania Alvarado, Teresa Moreno, Uriel Álvarez, Zeltzin Amaro, Karla Colin, Mariana Morales, Nadia González, Omar Baza, Rocío Rojas, Samantha Colin.

A la dra. Angélica Riveros porque me ayudó a entender que la fortaleza que cada uno tiene te ayuda a estar de pie, a pesar de todos los contratiempos y las dificultades y es una buena forma de mostrarme cariño y respeto, porque sin duda es una docente a quien admiro y quiero profundamente, gracias por hacer la diferencia en mi vida y enseñarme a sobrepasar uno de los momentos más difíciles.

A todas las personas que confiaron en mí en la consulta marcaron un antes y un después y me enseñaron a madurar, a entender la vida desde sus ojos y a valorar cada día y persona en mi vida. Ha valido cada caída y cada esfuerzo que de verdad me hicieron comprender el sufrimiento de las personas que tienen este padecimiento y el miedo tan grande que tienen, que me permitieron estar en un momento de su vida y confiaron en mí porque aprendí de cada uno de ellos y es lo que me motiva a mostrar que hay un camino con un poco menos de sufrimiento en el cual podemos trabajar juntos.

Índice

Psicología de la Salud y Medicina Conductual 8
Trastornos Funcionales Gastrointestinales 9
Trastornos intestinales funcionales 10
Síndrome de Intestino Irritable (SII) 12
Definición 12
Factores de Predisposición 14
Factores Precipitadores 16
Comorbilidades del SII 18
Condiciones gastrointestinales y físicas crónicas comórbidas 18
Comorbilidad de condiciones afectivas, de enojo y ansiedad 21
Abordaje del SII en atención psicológica y de salud 26
Estrategias de intervención cognitivo-conductual para SII 33
Método 37
Participantes 37
Escenario 39
Procedimiento 39
Fase 1. Detección de necesidades 39
Fase 2. Detección de Síntomas gastrointestinales específicos 40
Fase 3. Intervención 40
Medición 41
Inventario de Ansiedad de Beck 41
Inventario de Depresión de Beck 42
Test de Solución de Problemas Sociales Revisada (ISRS-R) 42
Inventario de expresión de la ira (estado-rasgo) STAXI-2 44
Cuestionario Diagnóstico de ROMA IV para adultos (versión México) 45
Índice de Sensibilidad Visceral 47
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-2) 48
Presión arterial y frecuencia cardíaca 49
Temperatura corporal periférica 49
Tasa respiratoria y ciclo de ocho respiraciones profundas 49
Diario de síntomas 49
Procedimientos de audio y videograbación 50

Diseño de Intervención 51
Sesión de Entrevista Clínica de primera vez 54
Sesión de Devolución 56
Sesión de Validación de mapa y plan de tratamiento 57
Módulo Psicoeducativo de la relación eje-cerebro y emociones 58
Módulo de cuidado a la salud 58
Módulo de regulación fisiológica 59
Módulo de hipervigilancia a los síntomas gastrointestinales y/o afectivos 60
Módulo de estrategias de manejo de estrés en áreas de vida 60
Estructura de una sesión clínica 61
Sesión de egreso 62
Sesión de seguimiento 63
Consideraciones importantes para la réplica 63
Análisis de datos 64
Resultados 66
Fase 1. Detección de necesidades 66
Características socio demográficas 66
Síntomas gastrointestinales 67
Motivos de consulta y diagnósticos médico-psiquiátricos 71
Fase 2. Detección de síntomas gastrointestinales específicos 72
Características socio demográficas 72
Sintomatología depresiva, ansiosa y gastrointestinal 72
Grado de dolor abdominal percibido y de afectación de los síntomas 77
Síntomas de alarma y factores que exacerban el malestar psicológico 77
Fase 3. Intervención 79
Mapa de Patogénesis general 79
Diagnósticos gastrointestinales 82
Sensibilidad visceral 83
Sintomatología depresiva 86
Sintomatología ansiosa 87
Enojo 89
Solución de problemas 92
Síntomas gastrointestinales (diarios del paciente) 95
Datos fisiológicos 99
Presión arterial 99
Frecuencia cardíaca 101
Ciclo de respiraciones profundas 103

Temperatura distal periférica 105
Características de personalidad 107
Datos clínicos adicionales 107
Discusión 109
Referencias 111
Anexos 137
Anexo 1. Consentimiento Informado de la sede 137
Anexo 2. Resumen de evaluación 139
Anexo 3. Plan de tratamiento 141
Anexo 4. Solicitud de servicio y cuestionario de detección de riesgos 142
Anexo 5. Inventario de Exploración clínica 145
Anexo 6. Check list de síntomas del Síndrome de intestino irritable 153
Anexo 7. Carteles informativos 154
Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck 155
Anexo 9. Inventario de Depresión de Beck 156
Anexo 10. Test de solución de Problemas Sociales Revisado ISRS 158
Anexo 11. Formulario de autocontrol de la solución de problemas 159
Anexo 12. Listado de problemas generales 159
Anexo 13. Inventario de expresión de la ira (estado-rasgo) STAXI-2 160
Anexo 14. Cuestionario Diagnóstico de ROMA IV para adultos (versión México) 164
Anexo 15. Jueceo del Índice de Sensibilidad Visceral 165
Anexo 16. Índice de Sensibilidad Visceral preliminar 173
Anexo 17. Baumanómetro 174
Anexo 18. Termómetro para la toma de temperatura corporal periférica 175
Anexo 19. Diario de síntomas 176
Anexo 20. Check list de conductas del terapeuta 177
Anexo 21. Guía de la entrevista Clínica de primera ve 178
Anexo 22. Psicoeducación del modelo de Síndrome de intestino irritable 180
Anexo 23. Modelo bioconductual del Síndrome de intestino irritable 183
Anexo 24. Formato de ¿Qué es el Síndrome de intestino irritable? 184
Anexo 25. Lista de síntomas y estresores 185
Anexo 26. Indicaciones brindadas para estrategia de regulación fisiológica 186
Anexo 27. Ensayo conductual de ejecución de Relajación muscular 191
Anexo 28. Formato de registro ACC 193
Anexo 29. Formato de registro DEPA 194
Anexo 30. Lista de cotejo del uso de los pasos del modelo de solución de problemas 195
Anexo 31. Carnet de cuidado a la salud (ejemplo) 196

Anexo 32. Mapas de patogénesis y cambios por caso 197
Caso 1 198
Caso 2 213
Caso 3 231
Caso 4 249
Caso 5 264
Caso 6 280
Caso 7 297
Caso 8 311
Caso 9 325
Caso 10 341
Caso 11 354
Caso 12 370
Caso 13 384
Caso 14 397
Caso 15 410
Caso 16 419

Psicología de la Salud y Medicina Conductual

El cambio gradual del perfil epidemiológico en México ha pasado de los padecimientos infecciosos a los cuadros crónicos-degenerativos como principales causas de enfermedad, estos se desarrollan lentamente a través del tiempo, progresan en severidad y pueden ser controlados pero raramente curados tal es el caso de los trastornos psicofisiológicos tradicionalmente llamados desórdenes psicosomáticos que conllevan a malinterpretaciones o atribuciones equivocadas de las sensaciones y las conductas que evidencian la relación entre la salud y enfermedad tanto física como mental (Gatchel, 1993; Petricone-Westwood et. al., 2018; Van Dessel et. al., 2014).

No existe la salud o la enfermedad absoluta ya que cada momento presentamos diferentes grados de uno u otro, en un continuo hacia un lado u otro (Quintanilla, Haro, Vega, González y Ramírez, 2004). La elección de un tratamiento psicológico y médico depende de factores económicos, culturales, educativos y de disponibilidad de recursos del sistema de salud que influyen en la mayor o menor actitud para tomar fármacos prescritos y el entendimiento de la enfermedad (Dezetter et. al., 2011; Rutter y Rutter, 2002).

Esta naturaleza crónica nos conduce a entender que las investigaciones requieren una colaboración entre campos y disciplinas (Corsetti y Whorwell, 2017; Hagerty et. al., 2019), dentro de la Psicología Clínica y de la Salud surge una línea de especialización llamada Medicina Conductual que forma un puente entre las ciencias biomédicas, sociales y conductuales para contener el impacto de las enfermedades crónicas que aquejan a la sociedad con una interacción multidisciplinaria y empírica en la investigación, intervención y aplicación de programas clínicos (Cerezo-Reséndiz y Hurtado-Rodríguez, 2011; Matarazzo, 1980; Reynoso y Seligson, 2005; Schwartz y Weiss, 1978).

El objetivo es la modificación del estilo de vida en prevención primaria, secundaria o terciaria y en instancias públicas y privadas para la implementación de intervenciones cognitivo-conductuales específicas, orientadas al apoyo de los efectos colaterales de la enfermedad o el tratamiento, el manejo del dolor crónico, la reorganización del medio ambiente del paciente o su comunidad y la reducción del requisito de respuesta en las conductas de cuidado a la salud y adherencia terapéutica (Rodríguez y Rojas 1998; Sánchez-Sosa, 1998; Sánchez-Sosa, 2002; Sánchez-Sosa, 2008).

El modelo cognitivo conductual consiste en una amplia gama de estrategias y procedimientos diseñados a la medida de las alteraciones del paciente que asume al individuo como un agente capaz de aprender nuevas formas de pensamiento y conducta, busca patrones que mantienen las emociones negativas, los problemas de salud física y las respuestas fisiológicas y cognitivas negativas (Blanchard et. al., 2006; Labrador, 2013; Muñoz, 2003) ya que cada área del problema requiere una

habilidad o destreza diferente para usar los recursos del paciente en la solución del problema donde la tarea es operacionalizar la demanda en objetivos concretos para modificar la conducta propia y la de otros para adaptarse mejor al ambiente (Frojan, 1998; Krumboltz y Torensen, 1981).

En la formulación del problema desde el Consejo Psicológico se integra el uso del modelo de solución de problemas como proceso auto dirigido para identificar, descubrir y desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas tanto agudos como crónicos de la vida y poder modificar la naturaleza de la situación aumentando la capacidad de aceptar que los problemas forman parte integral de la vida en términos de acontecimientos individuales, limitados en el tiempo así como la búsqueda de equilibrio a la discrepancia real o percibida entre la exigencia y las habilidades de afrontamiento (Nezu , Nezu y D' Zurilla, 2014)

Dentro de estos padecimientos, se encuentran los trastornos funcionales gastrointestinales como el síndrome de intestino irritable, una entidad resultante de la interacción entre los factores bióticos, sociales y biológicos en la etiología y progresión de los síntomas a múltiples niveles: celular, tisular, organísmico, interpersonal y medioambiental además de la contribución de factores bioconductuales y psicosociales con la historia de estrés en el ciclo vital (Hauser, Pletikosic y Tkalcic, 2014; Longstreth, 2003; Weaver, Melkus y Henderson, 2017).

Este síndrome es tan variable que puede relacionarse en un extremo del espectro con signos más comunes o habituales y en el otro extremo con síntomas crónicos, múltiples e incapacitantes que llevan a la relación entre el uso de los sistemas de salud y un impacto negativo en la calidad de vida, el funcionamiento total, el pronóstico, la cantidad de recaídas y la exacerbación de síntomas físicos crónicos (Dindo y Lackner, 2017; Guzmán, 2011; Lackner et. al., 2013; Weaver et. al., 2017).

A través de los avances fisiológicos se ha podido diferir de la localización en el cuerpo, la duración de síntomas, así como características entre individuos o en el mismo individuo a través del tiempo, generando así un sistema de clasificación y manejo efectivo, para salir de los límites del organismo y buscar en las condiciones externas de la vida social o el contexto histórico (Drossman, 2016; Luria, 2000).

Trastornos Funcionales Gastrointestinales (TFGI´s)

A lo largo de los distintos órganos, los trastornos funcionales gastrointestinales tienen lugar ante los múltiples sistemas del cuerpo que interactúan, estos cuadros son identificados por el cumplimiento de criterios positivos que permitan describir a los individuos y la manera en que están presentando los cambios en los hábitos intestinales o síntomas a través del tiempo, en que la conducta de

enfermedad se comporta de forma particular ante las comorbilidades que presenta (Longstreth, 2003; Longstreth et. al., 2006; Vinaccia, Quinceno y Medinas, 2016).

El proceso digestivo inicia su función tras colocar el alimento en la boca llevándolo al esófago para la deglución gracias a la saliva y del sistema entérico, este último está constituido por neuronas en las paredes del tracto digestivo desde el esófago inferior hasta la zona anal integrando una red de circuitos locales para llevar a cabo el tránsito de los alimentos y los desechos generando ondas peristálticas, con apoyo del nervio vago sensorial motor que asegura el tránsito del bolo alimenticio al estómago, al intestino delgado y al intestino grueso para finalmente generar el reflejo de defecación (Alcaráz, 2001; Andreassi,2007; Reynoso y Seligson, 2005).

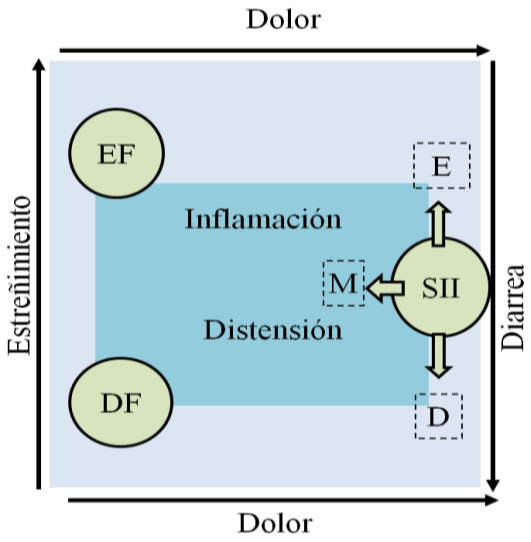
La edad, el género y la cultura impactan en la perspectiva de los pacientes y reflejan la naturaleza biopsicosocial del vínculo entre estresores, síntomas gastrointestinales consistentes y la intensidad percibida de estos últimos desde leves (40%), moderados (30-35%) a severos (20-25%) siendo necesario anexar un diagnóstico basado en evidencia e investigación clínica y psicológica para evitar una explicación arbitraria o incompleta (Drossman, 2016; Longstreth, 2003).

Trastornos intestinales funcionales

La Fundación de Roma ha creado criterios que son precisos y permiten el ahorro y acceso a los equipos de salud para su reconocimiento en un contexto clínico en su cuarta y última edición (ROMA IV) clasificándolos en un total de veintisiete diagnósticos (dieciocho en adultos y nueve en niños) (Kellow, 2016).

Dentro de esta clasificación, se encuentran los trastornos caracterizados por síntomas de dolor, distensión e inflamación abdominal, así como alteraciones en el hábito intestinal de diarrea, estreñimiento o un patrón mixto, que destacan de otros cuadros por su cronicidad (mayor a seis meses), su estado activo (durante los últimos 3 meses), frecuencia (al menos semanal) y la ausencia de alteraciones anormales anatómicas y fisiológicas. Son clasificados en cinco grupos: Estreñimiento Funcional, Diarrea Funcional, Distensión Abdominal Funcional, Trastorno del Intestino no Especificado y Síndrome de Intestino Irritable compartiendo un continuo de difícil separación entre una entidad y otra (Lacy et al, 2016) como se ve en la figura 1.

Figura 1. Continuo de trastornos funcionales intestinales y síntomas funcionales adicionales



Nota: La dirección de las flechas indica el avance de menor a mayor intensidad del dolor, estreñimiento o diarrea, en el centro están los dos síntomas compartidos en este grupo de diagnósticos: la inflamación abdominal (Precepción del paciente de tener presión en el abdomen o "sentirse llenos") y la distensión abdominal (agrandamiento o expansión del tamaño del abdomen inferior). DF: Diarrea Funcional; EF: Estreñimiento Funcional; SII: Síndrome de Intestino Irritable con los tres subtipos de Estreñimiento (E), Diarrea (D) y mixto (M) (Retomado de Lacy et. al., 2016).

Los síntomas intestinales funcionales, generan altos costos para la sociedad y el individuo con un incremento en frecuencia y severidad con que se manifiestan llevando a ser mal diagnosticados siendo así uno de los principales retos para la investigación y diagnóstico dadas las variaciones de la metodología o los criterios de diagnóstico, la selección de la población, el acceso a los cuidados o sistemas de salud y la cultura así como el nivel de atención en salud o en comunidad en que son aplicados que conllevan a diferencias importantes en los resultados (Moral y Alvarado, 2011; Reséndiz-Figueroa, Ortíz-Garrido, Pulido, Arcila-Martínez y Schmulson, 2008).

Dentro de estos, el síndrome intestino irritable presenta un monto total en el sistema salud similar a lo que ocurre en otras condiciones crónicas como la Diabetes Mellitus o enfermedades renales en etapas finales, con un total de 1.5 a 2.7 millones de visitas al médico general y gastroenterólogo en un año, que son de dos a tres veces más visitas que la población norteamericana promedio (Koloski, Talley y Boyce, 2000; Tang, Lin y Zhang, 2013; Wilson et. al., 2004).

Es difícil una estimación exacta ya que suele ser diagnosticado en mayor o menor frecuencia de la real y la carencia de recursos o sistema hospitalario moderno para la cantidad de pacientes que requieren endoscopias o técnicas de intervención son una limitante (Cano-Vindel, 2011; Everhart y Ruhl, 2009; Corsetti y Whorwell, 2017).

En 2004 en Estados Unidos se estimó que los costos médicos directos fueron entre 1.6 a 19 billones en costos indirectos anuales por la falta de productividad y las consecuencias asociadas, mientras que en Europa ascienden a 1363 euros por paciente al año dependiendo el tipo de hábito intestinal teniendo un impacto de más de 2 millones de dólares en diagnósticos del área de cuidados ambulatorios (Oshima y Miwa, 2015; Staudacher y Whelan, 2016; Younossi et al, 2001).

Síndrome de Intestino Irritable (SII)

Definición.

La propuesta del uso de síntomas como método diagnóstico y de investigación uniforme surge con los criterios de Manning (Manning, Thompson, Heaton y Morris, 1987) cuyo objetivo fue distinguir a los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable de otras poblaciones. El equipo de Kruis et. al. (1984) creó un sistema de criterios positivos para afinar el diagnóstico diferencial de síntomas de alarma por padecimientos orgánicos como la pérdida de peso, fiebre e historia familiar de trastornos gastrointestinales malignos que incrementen la certeza del diagnóstico y una reducción de estudios complementarios poco útiles (Kazi, Agarwal y Kanni, 2020; Talley y Spiller, 2002; Weaver et. al., 2017).

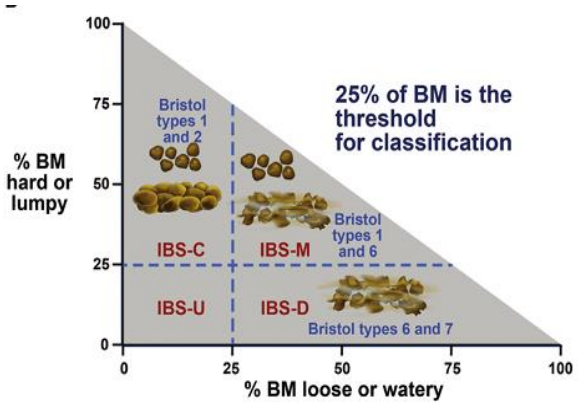
Por otra parte, el Comité de Roma categorizó los trastornos funcionales intestinales en subgrupos tomando en cuenta los resultados de las investigaciones para derivar los criterios de diagnóstico, de inclusión y exclusión que permitieran su sistematización en el área clínica y de investigación (Longstreth, 2003; Sperber et. al., 2017; Staudacher y Whelan, 2016).

El síndrome intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma IV, es un trastorno funcional gastrointestinal caracterizado por dolor abdominal recurrente, asociado con la alteración en la defecación o el hábito intestinal ya sea diarrea, estreñimiento o alternancia entre ambos así como un patrón no clasificado a través de la escala Bristol para caracterizar el patrón de heces anormales (figura 2) aunado a síntomas de hinchazón o distensión abdominal (Lacy y Patel, 2017; Sebastián, 2017) como se mencionó previamente (ver figura 1).

El inicio usualmente ocurre entre los 15 a 65 años con una media de edad en los treinta años, sin embargo puede iniciar en la infancia (Muscatello, Bruno, Scimeca, Pandolfo y Zoccali, 2014) en cuanto al género es más frecuente en mujeres en población menor a los 50 años en una relación de tres mujeres por cada hombre (Soares, 2014) la predominancia suele ser con síntomas heterogéneos en relación al subtipo de hábito predominante y las comorbilidades e interacción entre múltiples

factores de distres psicológico y problemas afectivos varían a lo largo del día o con las comidas (Alammar y Stein, 2019; Drossman, 2016; Hauser et. al., 2014; Weerts et. al., 2019).

Figura 2. Escala Bristol como herramienta de evaluación del patrón de evacuación predominante en los trastornos funcionales gastrointestinales



La prevalencia de este trastorno en la población general va del 5.8% al 26.1% dada la metodología empleada en los criterios de diagnóstico, la selección de la muestra, el uso de instrumentos, métodos y diferencias culturales, así como el acceso a los sistemas de salud o desconocimiento de los factores orgánicos que influyen (Muscatello et. al., 2014; Ng et. al., 2019; Weaver et. al., 2017).

En el occidente afecta a más del 20% de la población a lo largo del tiempo y la prevalencia es variable; en los países asiáticos los valores medios de prevalencia se encuentran en un rango de 6.5% a 10.1%, mientras que en la India representa el 4% de la consulta en Gastroenterología (Padhy, Sahoo, Mahajan y Snha, 2015).

En Centroamérica y Suramérica existe una carencia de estudios más certeros que revelen la prevalencia y epidemiología de dicho trastorno de forma más precisa, dada la variación en la incidencia reportada (9 al 16%). En México, el síndrome de intestino irritable se encuentra entre los cinco trastornos gastrointestinales más frecuentes, con una frecuencia relativa del 16 al 25.5%, siendo más prevalente el tipo estreñimiento y mixto en función de las muestras clínicas o sanas aproximadamente el 3% de todas las consultas externas son pacientes con dicho cuadro, mientras que en clínicas de gastroenterología aumenta al 70% afectando a una de cada cinco personas adultas (Carmona-Sánchez et. al., 2016; Longstreth et. al., 2006; Muscatello et. al., 2014; Schmulson, Vargas, López-Colombo, Remes-Troche y López-Alveriga, 2010; Soares, 2014).

Incluso en estudios de seguimiento de nuevos casos con población mexicana en el estado de Veracruz con una prevalencia del 16% de forma inicial, tras doce meses la prevalencia fue del 17%, obteniendo

una incidencia acumulada del 8% en la misma muestra (Schmulson, 2017), lo cual nos permite entender la amplitud y variabilidad de los rangos no sólo en cuestión de las características de la muestra sino en la temporalidad incluso dentro del mismo cuadro.

Otro de los factores que influyen en la variación de los datos se relaciona con la especialidad del entrevistador, dado que en Gastroenterología es diagnosticado con una mayor frecuencia en comparación con los médicos de primer nivel, considerando las características del cuadro que lleva a los pacientes a solicitar en mayor frecuencia la consulta de servicios especializados (Schmulson et. al., 2010).

El aspecto multicultural es una de las fortalezas que se busca en la evaluación de los trastornos funcionales gastrointestinales para poder validar los instrumentos en los idiomas, etapas y estatus socioeconómicos que presentan mayor variabilidad que permitan una cuidadosa interpretación de las relaciones temporales de dolor o malestar, hábitos intestinales y características de las heces o evacuaciones enfatizando que el patrón intestinal o los subtipos son altamente inestables, particularmente en el síndrome intestino irritable de tipo mixto (Alammar y Stein, 2019; Longstreth, 2003; Salkovskis y Rimes, 1997; Zuckerman et. al., 2018).

Algunos mecanismos patogénicos no son aun completamente entendidos dado que es un campo que se encuentra en constante crecimiento de evidencias para los múltiples factores que detonan y exacerban el cuadro (Meining y Bajbouj, 2016; Talley y Walker, 2019). Se requieren no sólo patrones de activación visceral sino también entender la cultura y las definiciones cualitativas correspondientes (Alcaráz y Guma, 2001; Piacentino et. al., 2019) ya que cerca de un 50% de estos pacientes reportan a su vez sintomatología psicológica, afectiva o psiquiátrica después de un tiempo de inicio de los síntomas intestinales (Talley y Walker, 2019).

Factores de predisposición.

El eje intestino-cerebro mantiene una relación bidireccional entre el sistema nervioso central y el sistema entérico incluyendo el eje hipotalámico-pituitario adrenal en que la respuesta ante el estrés constante altera la motilidad, la relajación o el tránsito intestinal con la respuesta simpática a través de la producción de serotonina en el epitelio intestinal que contiene el 90-95% del total de serotonina en el cuerpo (Azpiroz, 2002; Bordoni y Morabito, 2018; Thijssen et. al., 2016).

Los pacientes con síndrome intestino irritable suelen presentar exacerbación de reflejo gastrocólico, generando la alteración en el funcionamiento gástrico y períodos de dolor posprandial en las contracciones intestinales del intestino delgado y el incremento del tránsito lento, a su vez exacerbado

por la comida, estado de ánimo o estrés tipificando la severidad y el manejo terapéutico más apropiado (Medrano, Múñoz-Navarro y Cano-Vindel, 2016; Viera, Hoag y Shaughnessy, 2002).

Más del 80% de las células inmunes del organismo, están contenidas dentro de la mucosa intestinal y el tejido linfoide asociado al intestino, por ello es la estructura principal en el mantenimiento del balance entre tolerancia e inmunidad. Una motilidad con anormalidades en el complejo motor migratorio del intestino y demorado lleva al estreñimiento o si este es acelerado conlleva a la diarrea (Alvarado, 2010; Staudacher y Whelan, 2016; Muscatello et. al., 2014).

En cuanto a la hipersensibilidad visceral genera que los estímulos químicos-mecánicos nocioceptivos sean percibidos como displacenteros y con mayor severidad y cronicidad disparando el estrés desde el tracto gastrointestinal a la corteza cerebral el procesamiento aferente de la activación del arousal emocional, siendo más frecuente en pacientes con subtipo de diarrea (Alvarado, 2010; Andresen,2009; Naliboff, Munakata, Chang y Mayer, 1998; Simrén et. al., 2018; Staudacher y Whelan, 2016; Van Oudenhove et. al., 2016; Van der Veek et. al., 2007; Wall, Bryant, Bottenberg, Maki, y Miesner, 2014).

Las fuentes celulares cannabinoides tienen principalmente un papel inhibitorio en el tracto gastrointestinal y están localizadas en el plexo mesentérico antes del estómago, con el intestino, duodeno, íleon y colon. Lo cual ha permitido conocer que los agonistas del receptor CB1 pueden ser útiles para trabajar con el síndrome intestino irritable tipo estreñimiento, mientras que los receptores CB2 que están sobre expresados en el intestino bajo condiciones inflamatorias pueden ser útiles en el tratamiento del síndrome intestino irritable tipo diarrea (Uranga, Vera y Abalo, 2018).

Las especies microbianas que habitan el sistema gastrointestinal son conocidas como microbiota mientras que los genomas de dicho microbiota son el microbioma y una amplia variedad de factores influyen en el microbiota tales como la edad, el medio ambiente, los factores o predisposiciones genéticas que varían a través del tiempo, estilo de vida, dieta, embarazo, uso de antibióticos y la exposición al estrés (Bordoni y Morabito, 2018; Hagerty et. al., 2019; Lozupone, Stombaugh, Gordon, Jansson y Knight, 2012; Saha, 2014), en el grupo de diarrea los microvellos están exfoliados e incompletos y las vesículas extracelulares proveen apoyo a la barrera intestinal de forma defectuosa (Cuomo et. al., 2014; Dale, Rasmussen, Asiller y Lied, 2019; Staudacher y Whelan, 2016; Zhao et. al., 2019).

La población bacteriana intestinal ha mostrado tener un mayor peso en la génesis del síndrome intestino irritable post infeccioso SII PI a una edad joven, fiebre prolongada, ansiedad y depresión

(Saha, 2014, Schmulson, 2017; Soares, 2014; Talley y Walker, 2019). El papel patogénico del Helicobacter pylori en el síndrome de intestino irritable es difícil de analizar dado que afecta principalmente el tracto gastrointestinal superior pero también podría afectar la parte inferior y con ella, el microbiota intestinal (Ng et. al., 2019).

Factores precipitadores.

La historia de trauma temprano sexual o físico y negligencia a una predisposición genética del sujeto le llevan a un incremento en la probabilidad desarrollo de síndrome de intestino irritable en la edad adulta joven y la susceptibilidad a los trastornos relacionados al estrés y los cambios en la respuesta de eje hipotalámico-pituitario-adrenal a futuros estresores (Muscatello et. al., 2014).

El estrés se produce cuando las demandas desbordan o amenazan los recursos disponibles de la persona llevándolo a no hacer nada o a evitar la situación o intentar tener el control. La propuesta de Lazarus y Folkman (1986), plantea una perspectiva cognitivo-sociocultural con un proceso de intercambio simbólico de normas, creencias, costumbres, derechos, deberes, estrategias de solución de problemas disfuncionales y esquemas de comportamiento relativamente estables, pero con diferencias entre individuos (Hernández y Frojan, 1998; Macías, Orozco, Amarís y Zambrano, 2013; Nezu, 2004; Wilpart et. al., 2017).

Los individuos ante estímulos estresantes activan el sistema nervioso simpático y parasimpático simultáneamente o uno puede ser activado y el otro silenciado, además de la estimulación de la hormona adrenocorticotrópica con el incremento de cortisol que genera la desregulación del eje, causando fatiga, dolor y la respuesta de lucha o huida que originan respuestas vegetativas (Alcaraz,2001; Medrano et. al., 2016; Toner, Segal, Emmott y Myran, 2000) aunado a comportamientos y percepciones subjetivas o emociones en el sistema entérico detonada por la respuesta de la amígdala (Andreassi,2007).

Para el manejo de estrés es fundamental identificar la valoración hecha del estímulo de búsqueda de significado del suceso, definir el problema y las consecuencias para confrontar en la realidad y por último, la regulación de la emoción al desarrollar estrategias útiles de afrontamiento en conductas positivas para beneficio de la salud en lugar de dirigirlas a conductas pasivas (Lazarus, 1966; Macías et. al., 2013; Tang et. al., 2013).

En la investigación básica con ratas, se encontró qué la evitación al estrés crónico y agudo incrementaron la motilidad colónica e hiperalgesia visceral a un estímulo aversivo primero y posteriormente, a estímulos vitales como el agua (Bradesi et. al., 2005). Las investigaciones al

respecto han dado un peso a los factores epigenéticos que conllevan a una susceptibilidad genética y fenotipo clínico de las enfermedades del aparato digestivo (Fonseca, 2019; Lau y Navarro, 2019).

Las personas con síndrome de intestino irritable que cuentan con apoyo familiar fuerte presentan menor severidad en los síntomas gastrointestinales y afectivos, pero cuando los niveles de estrés percibido son altos o se evalúan desde una orientación negativa al problema se multiplica la probabilidad de desarrollar sintomatología subclínica ansiosa, depresiva y a la patogénesis del cuadro (Cano-Vindel, 2011; Gerson et. al., 2015; Hauser et. al., 2014; Ng et. al., 2019; Toner et. al., 2000; Van Oudenhove et. al., 2016), además de variaciones en solución de problemas (Nezu, 2004).

Cohen y Lazarus (1979) encontrando distintos patrones conductuales que son puestos en marcha bajo condiciones de estrés generando una respuesta conductual, emocional, fisiológica y cognitiva en que la resolución de problemas aparece como una variable metacognitiva con propiedades organizativas y de regulación a las experiencias emocionales y su expresión (Chang, 2014; Elliott y Hurst, 2008).

La evitación dirige a una gran disfunción y un incremento del estrés al ser usado por largos periodos de tiempo a eventos privados (pensamientos, sentimientos y sensaciones fisiológicas) o públicos (conductas de consumo de sustancias, situaciones sociales, citas, actividades placenteras, intimidad, checar constantemente si hay sangre en las heces fecales, vestir con ropa más grande para poder disimular la inflamación, tomar medicamentos) ya que reducen el malestar de forma inmediata pero perpetúan los síntomas a largo plazo (Dindo y Lackner, 2017; López-Colombo y Schmulson, 2014; Qin, Cheng, Tang y Bian, 2014; Van Oudenhove, Vandenberghe, Demyttenaere y Tack, 2010).

Por otra parte, el dolor agudo visceral puede resultar de varios factores etiológicos mientras que el dolor crónico y recurrente, es una condición multidimensional influida por procesos cognitivos y dimensiones discriminativas, sensoriales, afectivas, cognitivas, motivacionales y evaluativas que al exceder las capacidades del organismo se vuelve angustiante y bloquea la homeostasis basal siendo más intensos en los trastornos funcionales gastrointestinales (Azpiroz, 2002; Francisconi et. al., 2016; Mujagic et. al., 2015; Tang et. al., 2013).

Esta percepción del dolor y sensaciones viscerales impactan en las funciones de atención, enojo, tristeza, disgusto, vergüenza, preocupación y focalizando la atención en el lado negativo de sí mismo, de los otros y del mundo en general, así como la inhibición del sistema endógeno (Muscatello et. al., 2014; Van Oudenhove et. al., 2016; Van Oudenhove, Demyttenaere, Tack y Aziz, 2004; Weaver et. al., 2017).

Este síndrome se agrava en periodos de estrés y afecta de manera relevante la vida del paciente causando deterioro funcional con periodos de baja laboral-académica, familia y anímica que fortalecen el desgaste físico crónico aunado a las características de los cuadros comórbidos (Caballero, s.f.).

Comorbilidades del Síndrome de Intestino Irritable.

La comorbilidad es la ocurrencia de una o más condiciones físicas o mentales en la misma persona, donde una no necesariamente es más importante que la otra, sino que interactúan entre sí, la comorbilidad es la regla y no la excepción en el síndrome de intestino irritable (Lackner et. al., 2013; Vinaccia et. al., 2016).

Las guías alemanas de tratamiento introducen una definición de intestino irritable que también requiere criterios psico-conductuales y funcionales para una conceptualización más completa de la cantidad de síntomas que no solamente son somáticos o exclusivamente mentales (Hausteiner-Wiehle y Henningsen, 2014).

El 68% de los adultos con un trastorno en salud mental también tienen una o más condiciones de salud física y más del 40% presentan más de cuatro condiciones físicas y psiquiátricas, la distinción entre salud física y mental es la finalidad de diagnóstico y abordaje completo de este espectro ya que no son condiciones separadas (Hagerty et. al., 2019; Lackner et. al., 2013; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury y Roland, 2009).

Condiciones Gastrointestinales y físicas crónicas comórbidas.

Existen síntomas gastrointestinales coexistentes con los criterios de Intestino Irritable como la inflamación, la flatulencia, la urgencia o las dificultades en defecar que pueden llevar a síntomas gastrointestinales superiores como la disfagia, la saciedad temprana, la presión o sensación de saciedad en la región para umbilical y del epigastrio, la distensión en el estómago y el duodeno proximal que generan náuseas y distensión en el yeyuno, dispepsia intermitente y dolor de pecho no cardíaco (Azpiroz, 2002; Soares, 2014; Staudacher y Whelan, 2016).

Los pacientes que han sido clasificados acordes a la escala Bristol en el subtipo mixto han mostrado mayor frecuencia de vómito, distensión abdominal en un 95% y mayor intensidad de saciedad temprana que en los otros subtipos; la distensión abdominal se presentó en todos los pacientes del subtipo no especificado y en el dolor abdominal no se encontraron diferencias significativas entre los subtipos (Schmulson et. al., 2010).

La magnitud de traslape de los malestares inflamatorios intestinales y el síndrome de intestino irritable, se presentan entre el 30-50% de los casos, en cuanto a s relación con la enfermedad de Crohn en remisión, se encontró una prevalencia del 31% al 45.6% con una amplia heterogeneidad entre los pacientes (Piche et. al., 2010) con respuestas como la hiperalgesia, la motilidad alterada, la sobrepoblación bacteriana, mala absorción del ácido biliar y trastornos celíacos que se comparten y que requieren ser explorados a profundidad por el traslape diagnóstico para la delimitación futura de cada trastorno (Ballou y Keefer, 2017a; Halpin y Ford, 2012).

Otra condición que influye en la percepción de los síntomas es el ciclo menstrual en la población femenina con este Síndrome, teniendo mayor frecuencia de distensión abdominal y percepción de incomodidad además de alteración de la evacuación hasta ocho veces más que en los pacientes con el diagnóstico, pero sin molestias menstruales o en sujetos sanos (Heaton, Ghosh y Braddon, 1991).

Los síntomas genitourinarios no son síntomas del diagnóstico de intestino irritable, sin embargo, son síntomas que incrementan la severidad de la sensibilidad visceral acorde al funcionamiento torácico, urológico y ginecológico con mayor movilidad en el colon distal que los sujetos normales, en respuesta a estímulos como la activación emocional, el dolor, miedo y la distensión abdominal (Longstreth, 2003; Whitehead y Schuster, 1985).

La severidad de la enfermedad se asocia con patrones de desgaste y riesgo de suicidio, en atención secundaria y terciaria, exacerbado por la percepción de los síntomas de dolor en sus parejas como una excusa para evitar las relaciones sexuales e incluso dificultades de lubricación y excitación sexual (Carrera, López y Boixeda, 2009; Fass, Fullerton, Naliboff, Hirsh y Mayer, 1998; Guthrie, Creed y Whorwell, 1987).

Por otra parte, el incremento del factor liberador de corticotropina y el ácido biliar alteran la barrera mucosa del intestino y del sistema nervioso entérico que conllevan a la inflamación intestinal y al empeoramiento de los síntomas después de comer y la percepción de intolerancia alimentaria (Soares, 2014).

En el estudio de Gupta et al. (2007) se encontró una mayor sensación de inflamación, distensión abdominal, diarrea y una percepción de intolerancia a la lactosa en esta población, más frecuente que en la población sana sin embargo, las pruebas de aliento realizadas fueron negativas o con valores similares a la población saludable.

Las evaluaciones estructuradas y de laboratorio deben ser individualizadas para las necesidades de cada paciente o condición vital como en madres lactantes (Anderson, 2019), ya que el síndrome de

intestino irritable es diagnosticado propiamente sin pruebas y se sugiere evaluar la consistencia de las evacuaciones durante la semana o de la intensidad de los malestares a través de escalas análogas numéricas o descriptivas sobre la sensación visceral, lo cual tiene implicaciones a nivel clínico ante el traslape con otros diagnósticos y por las necesidades específicas de los consultantes (Azpiroz, 2002; Longstreth, 2003; López-Colombo y Schmulson, 2014; Schmulson et. al., 2010).

La viabilidad en la evaluación de auto reporte de los síntomas a través de escalas visuales análogas resulta interesante por la flexibilidad de adaptaciones dado que la interpretación relativa de los síntomas está incluida en normas socioculturales y el uso del lenguaje a poblaciones con alguna discapacidad motora, visual o de edad mayor con dificultades al interactuar con un software y optando por la aplicación de los pictogramas para personas que tienen dificultades en poder referir verbalmente los síntomas (Almansa et. al., 2011; Francisconi et. al., 2016).

Para el registro de los síntomas gastrointestinales es fundamental definir la dimensiones relevantes como el tiempo, la frecuencia, el número de movimientos intestinales, comidas, actividades o fármacos y ante la alta comorbilidad con las alteraciones del estado de ánimo, se puede contemplar el afecto (Blanchard, 1993), para lo cual existen amplias herramientas que contemplan el contexto, contenido o dimensiones del dolor pero no el dolor de forma operacional lo cual es una limitación importante a observar en los diferentes momentos del tratamiento (Meissner, Blanchard y Malamood,1997; Mujagic et. al., 2015).

También podemos reconstruir unos momentos específicos para poder conocer la gravedad o intensidad del dolor la variabilidad de los síntomas durante el día también puede ser evaluada o los puntajes de retrospectiva comparados con una línea base también la aplicación de algunos cuestionarios (Mujagic et. al., 2015: Spiegel et. al., 2009)

Aún se busca entrelazar ciertas pruebas diagnósticas básicas como la biometría hemática, la química sanguínea, la velocidad de sedimentación globular y/o Proteína C reactiva, de función tiroidea y examen coproparasitoscópico y genéticos, sin embargo, la utilidad de estas pruebas es limitada en individuos que reúnen criterios para Síndrome de Intestino Irritable y no presenten datos de alarma. La colonoscopia debe realizarse en adultos mayores a los 50 años y con antecedentes heredofamiliares de riesgo (López-Colombo y Schmulson, 2014; Schmulson, 2017). Se ha incluso buscado diferencias en concentraciones de serotonina en plasma sanguíneo mediante cromatografía líquida, sin embargo, se ha observado que los niveles no fueron significativamente diferentes entre los pacientes control y los pacientes con síndrome intestino irritable (Thijssen et. al., 2016).

Lo cual sugiere la complejidad en la evaluación de la percepción del paciente a través de una sola forma de evaluación sobre los síntomas o con solo un indicador biológico.

En cuanto a otros padecimientos físicos crónicos alrededor de dos terceras partes de los pacientes presentan una comorbilidad con cuadros como la Fibromialgia, Cistitis intestinal, Síndrome de fatiga crónica, Insomnio, Dolor crónico de cuello, espalda mandibular, cabeza y pélvico, así como Asma, Artritis, Hipertensión arterial, Obesidad, Diabetes Mellitus, Úlceras y Trastornos cardiovasculares que afectan negativamente la calidad de vida de esta población (Cano-Vindel, 2011; Chang, 2014; Lackner et. al., 2013; Piche et. al., 2010; Soares, 2014; Staudacher y Whelan, 2016; Van Oudenhove et. al., 2016).

Estos síntomas extra intestinales no son parte de los criterios de diagnóstico, sin embargo son necesarios para una descripción más precisa de este espectro de enfermedades que en conjunto a las barreras ya mencionadas, conllevan a la confusión o dificultad en reportar síntomas como la "sensación de saciedad" o "*bloating*"; la sensación de incomodidad ante la cantidad gas, la flatulencia, la sensación de urgencia y evacuación incompleta por parte de los pacientes exacerbando el impacto emocional de los mismos (Francisconi et. al., 2016; Longstreth, 2003).

Aunado al deterioro en la calidad de vida por los síntomas físicos propio del cuadro, el número de trastornos funcionales gastrointestinales no predice la tasa o severidad de las comorbilidades psicológicas sin embargo las manifestaciones severas de un solo desorden pueden ser igual de importante que tener múltiples diagnósticos además de alteraciones en la imagen corporal y la preocupación por la salud (Alpers, 2008; Corsetti y Whorwell, 2017; Lee et. al., 2008; Mikocka-Walus et. al., 2007).

Comorbilidad de condiciones afectivas, de enojo y ansiedad.

Cerca del 50% de los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales tienen un impacto en el eje intestino-cerebro con sintomatología afectiva o psiquiátrica después del inicio de los síntomas intestinales como un indicador de pronóstico negativo (Blanchard, Schwarz, Neff y Gerardi, 1988; Blanchard et. al., 1992; Toner et. al., 2000) con un incremento de gas en los pacientes con ansiedad y constante hipervigilancia e hipersensibilidad visceral, chequeo de sangre en heces fecales y la presión de la ropa en el subtipo de diarrea. En cuanto al dolor abdominal y síntomas de depresión conlleva a la evitación de actividades como el ejercicio, la ingesta de comida, la actividad sexual, laboral y social (Caballero, 2008; Hausteiner-Wiehle y Henningsen, 2014; Talley y Walker, 2019; Weaver et. al., 2017)

La evitación emocional negativa combinada con miedo y ansiedad, disminuye las habilidades en solución de problemas jugando un rol moderador en efectos negativos del estrés (Clark y Watson, 1991; Kramp, 2012), además de la anticipación a los sucesos y la sensación de pérdida de control en que los diagnósticos de salud mental afectan la condición física con preocupación y alexitimia asociado con la severidad de los procesos gastrointestinales y la sensibilidad gástrica (Endo, Shoji y Fukudo, 2015; Fahrion y Norris, 1990; Porcelli, Carne de y Leandro, 2017; Sugiura y Sugiura, 2015).

Estos pacientes suelen ser en promedio más ansiosos y depresivos o controladores sin embargo es importante el desarrollo de nuevas categorías diagnósticas de este continuo como fenómeno discreto para evaluar su validez discriminativa dada la vulnerabilidad de esta población al estigma negativo o las connotaciones morales asociadas con la explicación psicológica de los síntomas (Creed et. al., 2005; Garanki et. al., 2003; Latimer, 1983; Toner, Koyama, Garfinkel, Jeejeebhoy y Di Gasbarro, 1992).

Las experiencias familiares que se han encontrado en pacientes con intestino irritable y problemas de salud mental se caracterizan por la dicotomía entre salud-enfermedad mental y física, pobreza en habilidades sociales, así como crianza en ambientes reforzantes intermitentes, (Quintanilla et. al., 2004) o con aprendizaje mediante modelamiento del modelo médico no corresponsable (voy al médico y me quita la enfermedad) olvidando que se requiere un papel activo (Arnáez, García-Soriano y Belloch, 2019; Salkovskis y Rimes, 1997; Van Oudenhove et. al., 2016).

En cuanto a la asociación con los trastornos de la personalidad, los resultados no son homogéneos dado que no hay un perfil de personalidad único para este padecimiento, sino asociaciones con características de tipo histriónico, evitativo, límite, paranoide, obsesivo compulsivo y antisocial y en el 61% restante no se han encontrado trastornos por completo sino rasgos, por lo cual es recomendable usar la entrevista e instrumentos para su conceptualización como patrones conductuales (Caballero, s.f ; García-Fontanals y Deus, 2010) dado que hay evidencia de modificaciones en los perfiles de personalidad del MMPI (Van der Veek, Van Rood, y Masclee, 2007; Voirol e Hipólito, 1987).

Con respecto a la emoción de la ira se sabe que juega un papel en el dolor abdominal y el aumento de la motilidad colónica posprandial, así como en el vaciamiento gástrico prolongado y un tránsito intestinal retrasado tras la búsqueda cognitiva y conductual de contener dicha emoción (Bennett et. al., 2000; Evans, Bennett, Bak, Tennant y Kellow, 1996).

Los pacientes con subtipo de estreñimiento en comparación con los del subtipo de diarrea, se caracterizan por niveles más altos de rasgo de ira, es decir, una tendencia general más estable a

experimentar y expresar esta emoción junto con niveles más altos de depresión y ansiedad (Muscatello et. al., 2010)

Tras comparar las puntuaciones en el instrumento de Ira (STAXI-2) en pacientes control y con síndrome de intestino irritable sin diagnóstico psiquiátrico, se encontraron valores dentro del rango normal, sin embargo también hubo una variabilidad significativa en las subescalas de estado (mayor rapidez al pasar de enojo a ira ante un evento desencadenante) y reacción interna del enojo (no expresión del malestar) actuando como variables mediadoras entre el dolor crónico y la depresión (Zoccali et. al., 2006).

Sin embargo, la asociación entre problemas de ira y síntomas de intestino irritable es incompleta o contradictoria, lo cual enfatiza la necesidad de intervenciones biopsicosociales dirigidas al manejo de la ira, la ansiedad y la depresión (Psicoeducación, psicoterapia, farmacoterapia) en que la estabilidad de las mediciones pueda ser mayor o continua (Fadgyas-Stanculete, Capatina, Pojoga y Surdea-Blaga, 2019)

La prevalencia de vida total para al menos uno de los trastornos mentales en el Síndrome de Intestino Irritable se encuentra en un rango del 38-100% presentando condiciones como los trastornos depresivos (6-70%), ansiosos (del 5-50%), relacionados al estrés o trauma (18-36%) y Esquizofrenia (19%) además en los pacientes con ataques de pánico, se incrementa el riesgo de tener intestino irritable en un17 a 47% (Blewett et. al., 1996; Creed, 1999; Garanki et. al., 2003; Lackner et. al., 2013; Pascual y Cerecedo, 2015).

La experiencia de la ansiedad es fundamentalmente de naturaleza fisiológica exacerbada por el estrés que prepara al cuerpo para enfrentar las circunstancias o demandas mediante el mecanismo de lucha o huida (Fahrion y Norris, 1990), en cuyo espectro se encuentra la somatización e hipocondría cuyos términos has sido reemplazados por el de Ansiedad por enfermedad dado que los términos previos son obsoletos, peyorativos y estigmatizantes, que resultan confuso al describir las variantes entre pacientes (American Psychiatric Association, 2013; Brakoulias, 2014; Dimsdale et. al., 2010; Kirmayer y Sartorius, 2007; Starcevic, 2014).

Estos cuadros se pueden dividir en dos grupos: los agudos, con una presentación a partir de un estrés psicosocial y con antecedentes de funcionalidad y un nivel de adaptación óptima en los individuos, que requieren atención para prevenir la cronificación y segundo, los estados crónicos que ocurren en un nivel de adaptación poco satisfactorio, problemas de afrontamiento que genera incapacidad, gran

cantidad de malestares, angustia y poca adaptación al estrés en un tiempo mayor a seis meses (Pascual y Cerecedo, 2015).

La ansiedad por la enfermedad, suele caracterizarse de tres componentes: primero, la experiencia de múltiples síntomas o malestares funcionales como dolor, cansancio generalizado, temblor y debilidad; segundo, el aspecto cognitivo referente a la interpretación acerca de los síntomas (generalmente vistos como una amenaza o peligro no detectado) y tercero, el conductual con la búsqueda constante y persistente de un diagnóstico o tratamiento médico en sí mismos o en sus seres queridos (Kirmayer y Robbins, 1991; Pascual y Cerecedo, 2015; Simrén et al, 2018; Toner et. al., 2000).

Estas características conllevan a problemas con los proveedores de cuidados a la salud, la percepción de poco apoyo, humillación, minimización o abandono por parte del paciente incrementa el riesgo de complicaciones iatrogénicas y la frustración o antipatía del personal de salud al verle como demandante o "paciente difícil" (Gerson et. al., 2015; Guzmán, 2011), siendo una barrera para enseñar el control del malestar en el día a día al paciente o persistir en soluciones que ya se han intentado previamente (Lackner et. al., 2013; Pascual y Cerecedo, 2015; Sayuk y Gyawali, 2015; Soares, 2014; Wilpart et. al., 2017).

Los factores que mantienen la ansiedad por la salud son la hiperactividad vegetativa que surge cuando las sensaciones corporales o cambios son asociados como amenazas con imágenes intrusivas y miedo en un espacio intermedio entre obsesiones y ansiedad generalizada que se valoran de forma disfuncional con un curso crónico que conforme pasa el tiempo incrementan en frecuencia, duración, intensidad y contenido resultando cada vez más molestos la cual es una variable transdiagnóstica en distintos padecimientos (Arnáez, Garcia-Soriano y Belloch, 2017; Caballero, 2008;).

La razón del miedo en sí no es el malestar sino por qué lo creen y qué evidencias observan a su alrededor sobre la enfermedad, sí mismo, el mundo y el futuro (Petricone-Westwood et. al., 2019; Salkovskis y Rimes, 1997) con disfunciones cognitivas como la hipervigilancia a estímulos viscerales manteniendo la excitabilidad fisiológica no proporcional al estímulo por el que fue inducido, un estilo atribucional de somatización al interpretar los síntomas como una respuesta emocional y el estilo de atribución normalizante al ver a los síntomas como una experiencia normal (Talley y Spiller, 2002; Toner et. al., 2000).

Los trastornos de somatización con frecuencia se asocian con alteraciones del estado de ánimo (Distímia, depresión mayor), de ansiedad (generalizada, obsesivo compulsivo, de crisis de angustia), trastornos fóbicos y consumo/dependencia perjudicial a sustancias o fármacos prescritos Newby,

Hobbs, Mahoney, Wong y Andrews, 2017), sin embargo Taylor y Cox (1998) lo señalan como un concepto multidimensional que interactúa para producir cogniciones catastróficas y sensaciones de pánico que lo pondrían en el espectro ansioso, por lo que la confusión de esta variación en el diagnóstico aún genera debates que complica la valoración objetiva de los problemas de esta población (Caballero, 2008).

Estos pacientes con diagnóstico de Ansiedad por la salud o "somatización crónica" en Salud Mental son muy parecidos a lo que en otras especialidades se nombra como síndromes funcionales específicos como la Fibromialgia en Reumatología, la Fatiga Crónica en Medicina Interna y el Síndrome de Intestino Irritable en Gastroenterología (García-Campayo, Pascual, Alda y Oliván, 2005) percibiéndose como enfermos y a los síntomas como ambiguos, irreales e incurables volviéndose un patrón generalizado con mayor frecuencia en adultos menores de treinta años (Creed et. al., 2008; Cano-Vindel, 2011; Pascual y Cerecedo, 2015; Whitehead y Schuster, 1985).

Mientras que en los problemas del estado de ánimo están caracterizados por sentimientos de desesperanza, impulsividad, frustración y baja tolerancia, conductas evitativas, impotencia y percepción de falta de motivación y aspiraciones (profesionales, financieras, interpersonales) ya sea por muerte, rechazo o pérdida de la salud propia o de los seres queridos, en cuyo continuo desde la tristeza a la depresión severa se busca definir la intensidad de la activación, el valor o las conductas de evitación y la disrupción del control conductual (Leventhal, 2008).

Los trastornos del estado de ánimo son los más prevalentes desde la perspectiva psicopatológica en atención primaria, dado que están íntimamente relacionados con factores psicosociales como las condiciones laborales adversas o desempleo, divorcio o falta de apoyo social ante la percepción del individuo respecto a su síntomas que dificultan la alimentación, los cuidados a la salud y las habilidades de afrontamiento formando un factor transdiagnóstico a los problemas incluso patologías nuevas o cronificación de cuadros previamente presentes (Cano-Vindel, 2011; Corsetti y Whorwell, 2017; Oshima y Miwa, 2015; Saha, 2014; Wilpart et. al., 2017).

En población que acude a centros de atención primaria psicológica la prevalencia de riesgo de suicidio fue del 39.8% y los trastornos de ánimo representan un mayor uso de servicios (Hurtado et. al., 2011) dado que los pacientes con depresión son tres veces menos probables de adherirse a los tratamientos comparados con los pacientes sin depresión (Dindo y Lackner, 2017) con mayor prevalencia mayor de Distímia y Trastornos depresivos-ansiosos en los pacientes adultos con Intestino Irritable (Janssens, Zijlema, Joustra y Rosmalen, 2015) que requiere un abordaje psicológico oportuno acorde a cada grupo poblacional (Wilson et. al., 2004).

En pacientes del área de Consulta de Motilidad y trastornos funcionales digestivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas “Salvador Zubirán” no se encontraron diferencias significativas en la edad y la severidad de rasgos depresivos y ansiosos, en cuanto al estado civil los pacientes con mayores rasgos de depresión se encontraron solteros y separados. Además, quienes presentaron niveles moderados-altos de ansiedad y depresión evaluaron sus cuadros gastrointestinales como “moderados a graves” e incluso algunos de ellos los valoraron “muy graves” y señalaron períodos de exacerbación de seis a siete días en promedio lo cual fue menor en pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva mínima-leve (Reséndiz-Figueroa et. al., 2008).

Mientras que la percepción de sintomatología depresiva en población general que solicita servicio psicológico, en una escala del cero (ausente) a diez (más intenso), fue de seis en los pacientes con intestino irritable lo cual duplicaba la puntuación promedio de tres, en los pacientes sin síntomas y en los sujetos sanos. Este estado de ánimo se altera dado los pensamientos obsesivos hacia los movimientos intestinales, una sensación de falta de certeza y el estrés emocional ante la ocurrencia y severidad de los síntomas gastrointestinales (Heaton et. al., 1991).

Los pacientes con Intestino Irritable y síntomas de ansiedad y depresión evalúan negativamente la satisfacción en la calidad de vida hacia la salud física y la salud mental con más frecuencia en comparación con sujetos sanos (Jerndal et. al., 2010; Reséndiz-Figueroa et. al., 2008) que se conjunta con el momento de ciclo vital ante un conjunto de desafíos en el cuidado de la salud dentro de un escenario de riesgo en que la afectividad negativa puede constituir un importante factor para las problemáticas de consumo de drogas, riesgo suicida, dificultades en el rendimiento o abandono escolar-laboral (Fernández-Castillo, Molerio, Graub, y Cruz, 2016).

Abordaje del Síndrome de Intestino Irritable en atención psicológica y de salud

La comorbilidad psiquiátrica no sólo está presente en cuidados en tercer nivel sino también en primer nivel de atención en salud y comunidades (Haug, Mykletun y Dahl, 2002; Mussell et. al., 2008) aunque los pacientes con este padecimiento intestinal puedan tener mayor percepción de gravedad de los síntomas al acudir a un hospital de tercer nivel en comparación con uno de primer o segundo nivel de atención (Kramp, 2012) se han encontrado inconsistencias a lo largo de la literatura en la intensidad y complejidad de los casos de atención psicológica de consulta externa derivado de las diferentes metodologías de evaluación e intervención en las diferentes conductas, dimensiones y contextos (Reme, Kennedy, Jones, Damley y Chalder, 2010; Muscatello et. al., 2014; Van Oudenhove et. al., 2016).

En atención primaria se busca contener los procedimientos de diagnóstico o tratamiento innecesarios o peligrosos y proporcionar un soporte en las áreas estresantes de la vida del paciente mediante las normas de buena práctica clínica para buscar aliviar sus síntomas, disminuir la demanda de atención, mejorar la satisfacción con la atención recibida y limitar los costos hasta en un 53% de recursos en salud, resaltando la importancia y necesidad de colaboraciones en este campo de intestino irritable de los investigadores latinoamericanos (Caballero, 2008; García-Campayo et. al., 2005; Porras, López-Colombo y Schmulson, 2015).

Los pacientes con Intestino irritable tienen dificultades específicas que requieren un esquema concreto dado que presentan más síntomas que signos, una expresión o preocupación desproporcionada y una alteración emocional acompañante que fortalece historias vagas o con detalles elusivos, inconsistentes u olvidos que requiere la organización de la información y el fomento al apoyo de familiares o redes de apoyo ante el origen psicosocial de la percepción de los síntomas (Zeng, Sun, Yang, Shen y Liu, 2016).

En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas aboga en que los trastornos mentales y físicas reciban tratamiento en atención primaria como formas de prevención y tratamiento marcando directrices para que se aumente la información y educación para la salud, ejercicio físico, cambio de estilo de vida en tiempos de crisis o de poblaciones vulnerables (WHO, 2008).

Aunado a las recomendaciones de la Asociación de Psicología Americana (APA) a través del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM V) en buscar las especificidades en función del momento de ciclo vital en que se manifiestan los síntomas acordes al criterio de deterioro funcional para contar con un medio clasificatorio de los síntomas no de las personas y una mejora en la comunicación multidisciplinaria (Funk, Saraceno, Drew y Faydi, 2008; Greenhalgh, 2009; Tortella-Felliu, 2014).

Al considerar las diferentes estrategias en función del contexto de práctica clínica en los trastornos funcionales gastrointestinales permiten una aproximación terapéutica en que puedan abordarse los causantes generales de los síntomas, para lo cual se requiere que las hipótesis estén basadas en evidencia y las estrategias de medición incluyan las condiciones de los síntomas más importantes tras un screening de las variables de la población tanto demográficas como clínicas que se esperan cambiar en el tratamiento, sin embargo algunos manuales sugieren la exclusión de pacientes con comorbilidades psiquiátricas o psicológicas (Irvine et. al., 2016; Nezu, 2004), lo cual es una necesidad ética ante el sector poblacional que acude a consulta psicológica externa.

Tanto en la investigación como en la práctica es recomendable basar el tratamiento conforme al patrón intestinal predominante para poder retroalimentar este sistema de clasificación y sus efectos (Longstreth, 2003) ya que no todos los pacientes requieren en el mismo grado, magnitud o tipo de cuidado dado que los síntomas moderados pueden manejarse en cuidados primarios, sin embargo, aquellos con formas o magnitudes severas se podrían beneficiar de atención especializada en conjunto (Almansa et. al., 2011).

El contexto cultural, el estatus económico, educativo y el sexo son variables que contribuyen al desarrollo de los modelos explicativos desde la perspectiva del paciente respecto a las indicaciones terapéuticas (Francisconi et. al., 2016; Witthöft, Hiller, Loch y Jasper, 2014), la dificultad es identificar un solo elemento involucrado en los síntomas del intestino irritable como detonante o mantenedor, por ello se busca actuar acorde a la intensidad de los síntomas al buscar qué alimentos y cantidades agravan los síntomas (Figueroa, 2015; Hayes, Fraher y Quigley, 2014; Roest De et. al., 2013Staudacher y Whelan, 2016).

Los cambios en la dieta como la exclusión de fibra, baja en gluten y en FODMAP´s (fructanos, galacto-oligosacáridos, galactanos, lactosa, fructosa y polioles) además del uso de probióticos han sido propuestos cuando los síntomas son leves siendo parte de las recomendaciones con mayor evidencia en alimentación para los pacientes con síndrome de intestino irritable que no sean extremos por las deficiencias nutricionales y consecuencias negativas relacionadas (Grunkemeier, Cassara, Dalton y Drossman, 2007) acompañado de tratamiento psicológico para reafirmar al paciente la mejoría global además del carácter crónico-benigno de la enfermedad que disminuye a medida en que se perciben de forma diferente los síntomas y mejora la comunicación con su médico (Alammar y Stein, 2019; López-Colombo y Schmulson, 2014).

Los alimentos que frecuentemente detonan el malestar son aquéllos altamente condimentados, con grasas saturadas, leguminosas, vegetales como el brócoli, alimentados procesados o “rápidos”, la cafeína, bebidas altamente azucaradas y el alcohol también contribuyen negativamente, para lo cual se tipos requieren cambios conductuales como la programación de tiempos de evacuación y la regulación de estos alimentos así como el incremento del consumo de agua para la hidratación luminal que facilite la expulsión de las heces (Rinninella, Cintoni, Raoul, Gasbarrini y Mele, 2020; Saha, 2014; Schmulson et. al., 2010; Staudacher y Whelan, 2016; Weaver et. al., 2017).

No se han encontraron diferencias en el índice de masa corporal en esta población de acuerdo con los subtipos del Síndrome, aunque se presentaron mejorías en los síntomas agudos (Schmulson et. al., 2010). La actividad física como el paseo en bicicleta, la práctica de yoga y ejercicios de fuerza y

resistencia con efectos moderados o caminata bajo ciertas condiciones o prescripciones médicas incrementan el tono simpático, bajan la severidad de síntomas gastrointestinales, así como puntajes menores en somatización (Dindo y Lackner, 2017) que requieren ser entrenados como hábitos conductuales (Petricone-Westwood et. al., 2019).

Para síntomas moderados se requiere tratamiento farmacológico dirigido hacia los síntomas predominantes mediante antiespasmódicos, antagonistas o agonistas de la serotonina, opioides mixtos y dopamina, antibióticos y agentes adicionales como los antiinflamatorios, activadores de los canales de calcio (Longstreth, 2003; Muscatello et. al., 2014; Sebastián, 2017).

Las preparaciones con moxibustión o estrategias en medicina alternativa de acuerdo con el Colegio Americano de Gastroenterología, proveen una mejoría a corto plazo, pero la eficacia no es asegurada a largo plazo además de mostrar seguridad y tolerabilidad limitada y carencia de evidencia para usar como primera línea de tratamiento (Brandt et. al., 2002; Saha, 2014; Weaver et. al., 2017).

Mientras que para los síntomas severos con altos niveles de dolor o alteración del estado de ánimo se requiere la intervención terapéutica de primera y segunda línea de forma multidisciplinaria para establecer una relación empática, individualizada, educativa y de soporte que dé estrategias para afrontar día a día el síndrome y establecer la relación entre los factores psicológicos, la vulnerabilidad individual y los factores de susceptibilidad para reducir la hipersensibilidad visceral, un mejor manejo del dolor crónico, del estado de ánimo y la alteración del hábito intestinal (Muscatello et. al., 2014; Saha, 2014).

En el abordaje psicológico de este padecimiento, la psicoterapia de apoyo, el modelo cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y el enfoque Psicodinámico han demostrado efectividad acorde al caso y momento clínico desde el punto de vista multidisciplinario (Caballero, s.f.), sin embargo, un problema en la literatura es que los estudios controlados han usado tratamientos multi componentes que comprenden combinaciones de aproximaciones teóricas que son diferentes en que se han encontrado cambios, sin embargo se desconoce la viabilidad de la efectividad de las distintas estrategias a largo plazo aunado a discriminar cual fue la responsable del cambio (Neff y Blanchard, 1987).

La intervención psicodinámica no ha mostrado rigurosamente su efectividad ya que hay dificultad en probarlo en ambientes controlados o ante la carencia de manuales que especifiquen el procedimiento y los resultados, por ende, han sido inconsistentes o sin diferencias respecto a la población con solo tratamiento farmacológico (Ballou y Keefer, 2017b).

Las intervenciones psicológicas han sido realizadas en contextos de salud mental o con muestras de clínicas de Gastroenterología, por lo cual hacen falta estudios en atención primaria psicológica ya que las características de los pacientes son diferente en ambientes de atención terciaria y primaria que requieren intervenciones multifacéticas, flexibles y efectivas dirigidas a la comunidad en que los pacientes presentarán diferente grado de severidad en los distintos servicios e incluso en los diferentes momentos de su evolución y severidad (Drossman y Thompson, 1992; García-Campayo et. al., 2005; Oshima y Miwa, 2015).

La terapia cognitivo conductual suelen tener beneficios en pacientes con Intestino Irritable para reducir la depresión y ansiedad (Weaver et. al., 2017), combinando el entrenamiento en estrategias de afrontamiento en modalidad breve con tratamiento con antiespasmódicos en enfermeras, quienes mostraron mejoría en las mediciones de distrés psicológico (síntomas de ansiedad y depresión) al finalizar la intervención en comparación con el grupo que recibió sólo tratamiento farmacológico manteniendo los cambios hasta por doce meses, sin embargo no se logró dar seguimiento al grupo que recibió solamente tratamiento farmacológico y los módulos implementados o contenidos de las sesiones no fueron descritos lo cual limita su réplica (Reme et. al., 2010).

En estudios longitudinales mediante sólo seguimientos y monitoreo de entre cincuenta y sesenta meses de pacientes con este padecimiento en modalidad telefónica se concluyó que estos pacientes solían tomar los medicamentos de base para los síntomas gastrointestinales aunado a un tratamiento afectivo para la preocupación, nervios ante su condición física y depresión teniendo mayor deterioro la población clínica, además de una persistencia de la sintomatología gastrointestinal en el 35% de los pacientes quienes reportaban síntomas mucho más intensos o con mayor frecuencia, el subtipo de diarrea fue el más inestable cambiando a tipo mixto o estreñimiento las limitaciones en estos estudios es que solo el 30-35% de los pacientes completaron los seguimientos hasta el final y al tener medidas con lapsos de tiempo prolongado entre sí, no se pudo incluir datos de eventos de vida que ocurrieron en el período intermedio (Fowlie, Eastwood y Ford 1992; Weerts et. al., 2019).

Las implicaciones de estos resultados es que los pacientes con síndrome de intestino irritable pueden beneficiarse de intervenciones psicológicas breves en modalidad presencial, telefónica o en línea que además de reducir los síntomas gastrointestinales tengan un impacto en el distrés subjetivo y los capacite para afrontar este trastorno crónico, esta intervención muestra un potencial para realizarse y volverse ampliamente aplicable (Ballou y Keefer, 2017b; Tang et. al., 2013; Toner et. al., 2000) en que la evidencia indica que los beneficios terapéuticos del tratamiento cognitivo conductual para este padecimiento pueden durar desde los ocho meses hasta los dos años después de haberse concluido (Tang et. al., 2013; Taylor y Asmudson, 2004).

Las terapias con multicomponentes y tratamientos médicos muestran una reducción significativa de los síntomas de intestino irritable en los diarios, sin embargo, éstos se han estudiado en diferentes contextos dificultando la capacidad de determinar si los cuidados médicos o las técnicas usadas ayudan al paciente a manejar su enfermedad de acuerdo con sus características personales y necesidades específicas (Viera et. al., 2002) ya que se busca cambiar los eventos estresantes al tomar acciones planificadas y planes ante los problemas que están bajo su control y la modificación de la actitud ante los eventos estresantes que no son controlables para un afrontamiento flexible (Dindo y Lackner, 2017).

En el caso del síndrome de intestino irritable busca la reducción de síntomas, la conducta de búsqueda de servicios médicos constantes y amortiguar el funcionamiento mental y físico para una mejor calidad de vida mediante procesos creativos y rigurosos con evidencia empírica e innovación clínica en que el paciente tome el papel activo en el manejo y control de los síntomas que se adapten a las necesidades además de optimizar las intervenciones médicas existentes, la adherencia médica y el afrontamiento al ser una enfermedad crónica (Ballou y Keefer, 2017a; Hagerty et. al., 2019; Pascual y Cerecedo, 2015; Tang et. al., 2013).

La presencia de un solo estresor dentro de los seis meses previos al inicio del tratamiento psicológico ha sido directamente asociada con pobres resultados y alta intensidad de síntomas en seguimientos de hasta dieciséis meses (Van Oudenhove et. al., 2016), la hipersensibilidad visceral requiere ser caracterizada en topografía y especificidad dado que no correlaciona con la severidad de los síntomas gastrointestinales o con la mejoría en estos tras el tratamiento psicológico (Creed, 1999; Poitras, Riberdy, Plourde, Boivin y Verrier, 2002), o se observa un traslape entre los episodios de dolor y de inflamación con la alteración del hábito, de diarrea en un promedio del 16% de los diarios de síntomas con una duración de 2 días y el estreñimiento duraba 4.5 días, con variaciones ante los episodios de remisión y recaída individuales (Palsson, Baggish y Whitehead, 2014).

La formulación desde el modelo de solución de problemas permite separar los hechos de las suposiciones, plantear objetivos clínicos que sigan la literatura empírica (de los síntomas definidos por el consultante, los modelos psicopatológicos, el análisis funcional y la evaluación de la historia natural del trastorno funcional gastrointestinal) (Guzmán, 2011; Irvine et. al., 2016; Labrador, 2013; Tortella-Felliu, 2014).

Con un marco multidimensional en la evaluación al identificar variables de respuesta, que se volverán el resultado final del tratamiento ante variables que operan como antecedentes o estímulo desencadenante discriminativo y como consecuencias por sus propiedades reforzantes, así como

algunas que son moderadoras o características de la persona en el momento presente y variables a distancia que tienen relación con modelos de aprendizaje del paciente y de cómo desarrolló esta visión sobre el mundo (figuras 3 y 4) (Nezu, Nezu y Lombardo. 2006).

Figura 3. Variables e información recabada en el mapa clínico de patogénesis.

Variable a distancia **VD**	Variable antecedente **VA**	Variable organísmica **VO**	Variable de respuesta **VR**	Variable de consecuencia **VC**
·Historia de desarrollo vital ·Experiencias de estrés temprano ·Vulnerabilidad genética/ heredofamiliar ·Historia del problema actual- intentos y resultados de estos	·Estresores actuales ·Situaciones que funcionan como estímulos discriminativos o detonantes	·Niveles de sintomatología ·Características culturales, sociales y contextuales a las que pertenece ·Diagnósticos y tratamientos actuales	·Motivo de consulta actual (definido operacionalmente) SERÁ LA META DEL TRATAMIENTO	·Impacto de la problemática en las áreas de vida del paciente ·Eventos o estímulos reforzantes (sostienen la conducta problema) ·Enlace en la cronicidad del padecimiento (a corto, mediano y largo plazo)

Figura 4. Datos que conforman el mapa de alcance de metas para el tratamiento psicológico.

ESTRATEGIAS POTENCIALES DE ACCIÓN	**OBJETIVOS INSTRUMENTALES**	**META DE RESULTADOS FINALES**
Kit de estrategias cognitivo conductuales mediante las cuales se implementarán los objetivos	Acciones a realizar de forma gradual, medible y acorde al caso y necesidades del consultante para lograr la meta de resultados finales	Meta a trabajar con el caso, que se sigue con el tratamiento implementado (congruente con la variable de respuesta)

La flexibilidad del modelo de solución de problemas nos permite que pueda ser aplicado en una variedad de formas y formato en grupo o individual, dentro de un paquete o incluso ser concebida como una estrategia meta-cognitiva e incluso en modalidad en línea (Nezu, 2004; Persons y Tompkins, 2007), en que es importante que el terapeuta comparta el mapa y plan de tratamiento con el paciente o cuidadores para recibir la retroalimentación y facilitar de manera gráfica la validación de este para que la intervención sea percibida como un movimiento positivo hacia una meta final (Nezu, Nezu y Lombardo. 2006).

Estrategias de intervención cognitivo-conductual para Síndrome de intestino irritable.

La Psicoeducación en estos pacientes es fundamental como apoyo a manejar este trastorno lo largo de la vida o con los alimentos que ayudan al tipo de patrón en la alteración de la evacuación de los factores físicos, cognitivos y conductuales que contribuyen a la enfermedad haciendo referencia al papel que tiene el sistema nervioso autónomo con la respuesta de lucha o huida (Talley y Spiller, 2002; Tang et. al., 2013).

El objetivo es medir el estado mental y de personalidad actual de acuerdo a las necesidades de la persona ante los eventos de estrés y la presencia de otros trastornos, las creencias acerca de su salud individual y las conductas de auto cuidado que son significativas así como en programas de rehabilitación para el monitoreo de ejercicio o prevención de recaídas o solución de problemas en estos episodios, ya que el entendimiento y aceptación del paciente ante los síntomas puede ser más importante que los síntomas en sí mismos (Creed, 1999; Corsetti y Whorwell, 2017; Hausteiner-Wiehle y Henningsen, 2014; Petricone-Westwood et. al., 2019).

Las situaciones se vuelven un problema al ser novedosas, ambiguas, impredecibles, al tener objetivos en conflicto (opinión de distintas personas), por déficits en habilidades de desempeño o por falta de recursos (económicos o materiales) (Nezu y Nezu, 2001; Nezu, Nezu y D' Zurilla, 2014), ya que la intensidad de un estímulo puede ser lo suficientemente fuerte o novedoso para ganar nuestra atención y tras la presentación repetida generar habituación excepto con los problemas de dolor que generan un alto desgaste y patrones conductuales poco efectivos como la evitación de los síntomas (Andreassi, 2007)

En el tratamiento este módulo es esencial para disminuir la reactividad del paciente a las condiciones del tratamiento, aterrizar la expectativa de las beneficios de una modificación en el estilo de vida más que el uso exclusivo de los medicamentos y contextualizar e incluir al paciente como parte activa dentro de su tratamiento, ya que estos pueden adoptar una forma de pensamiento de tipo obsesivo y carente de sentido, en que el modelo de consejería individual o grupal ha mostrado efectividad (Andreassi, 2007; Guzmán, 2011; Longstreth, 2003; Salkovskis y Rimes, 1997).

El tipo de aprendizaje que está implicado es a través del condicionamiento clásico tanto a la respuesta física como la motilidad intestinal así como al sentimiento de miedo en que la susceptibilidad a respuestas viscerales se ha desarrollado ante un nuevo estímulo relacionado con una experiencia de enfermedad generando un aprendizaje aversivo a todas aquellas experiencias o nuevos sabores que aparecerán a una experiencia de enfermedad que dirige un condicionamiento instrumental y

emocional o aprendizaje vicario de conductas de evitación que siguen los principios del reforzamiento negativo e incrementan la frecuencia de esta conducta que termina con un estímulo aversivo a corto plazo pero perpetúan el trastorno psicofisiológico (Leventhal, 2008; Reséndiz-Figueroa et. al., 2008; Salkovskis y Rimes, 1997; Whitehead y Schuster, 1985).

El entrenamiento en la estrategia de relajación autógena suele ser exitosa al enseñar a discriminar la sensación de un músculo tenso y uno relajado acompañado de la respiración diafragmática y sugestiones respecto a sensaciones corporales como técnica sensitiva no invasiva con gran aplicabilidad para mantener la vasodilatación periférica y activar el sistema parasimpático y que potencie la función parasimpática de forma coordinada, mediante una práctica constante y persistente con una frecuencia de al menos tres veces al día y ante situaciones de estrés (Andresen, 2009; Blanchard,1993; Farrion y Norris, 1990; Schultz y Luthe, 1969).

El estado autógeno puede generarse en respuestas motoras, sensoriales, vestibulares, auditivas, olfativas, gustativas, visuales, afectivas y cognitivas, con la finalidad de disminuir la intensidad de las respuestas condicionadas motoras, el incremento de la temperatura periférica en el cuerpo (cambios en la motilidad gastrointestinal) además de una disminución en la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de cortisol (Abuín, 2016) ya que los pacientes afectados con síndrome intestino irritable muestran alteraciones electromiográficas de este mecanismo en períodos posprandial, generando una disinergia abdominofrénica es decir, una contracción en el músculo de diafragma y de relajación de la porción superior de la pared abdominal que usualmente causa dispepsia e inflamación abdominal (Bordoni y Morabito, 2018).

Para ello se adecúa a las actividades humanas interpersonales, los factores contextuales y las diferencias individuales que afectan el procesamiento de la información en personas cuyo proceso psicofisiológico-comportamental está alterado e incluso se hace uso de la entrega de una cinta grabada con instrucciones profesionales para llevar a cabo el entrenamiento de la estrategia para afrontar el miedo en las condiciones naturales o síntomas gastrointestinales agudos (Abuín, 2016).

En cuanto a la efectividad del tratamiento psicológicos a través de hipnoterapia se ha encontrado la permanencia de los cambios en un lapso desde 2.5 meses hasta 5 años (Ballou y Keefer, 2017a), al igual que el tratamiento cognitivo-conductual con técnicas de relajación con una reducción de la frecuencia e intensidad de los síntomas gastrointestinales, el mantenimiento de dichos cambios hasta por doce meses (Shaw et. al., 1991).

El uso del tratamiento cognitivo-conductual que implique estrategias de relajación combinado con otras estrategias en atención primaria en los trastornos funcionales y de dolor con trastornos de ansiedad y depresión o alteraciones de sueño, reducen las creencias catastróficas, la hipervigilancia y las excesivas conductas de evitación a las sensaciones viscerales displacenteras en estos padecimientos funcionales (Piskorz et. al., 2017; Talley y Spiller, 2002; Van Oudenhove et. al., 2016).

Respecto al entrenamiento en estrategias cognitivas de afrontamiento, se sugiere el uso de registros sobre los antecedentes y consecuencias de eventos de vida enfatizando los sentimientos, percepciones subjetivas y conductas desencadenantes de los síntomas gastrointestinales, la percepción sobre la enfermedad, los cuidados y la evolución o su respuesta ante situaciones estresantes (Blanchard,1993), los cuales se pueden reducir tras recibir tratamiento cognitivo en comparación con pacientes en lista de espera (Greene y Blanchard, 1994).

Por ello enseñar las personas a manejar sus emociones resalta y potencia la efectividad del tratamiento farmacológico haciéndolo más eficaz y eficiente como un sostén que amortigua la impotencia y desesperanza así como la tristeza y enojo en una sociedad competitiva mediante la pelea de reforzadores que requieren cambios conductuales positivos dirigidos a modificar el significado de las variaciones físicas donde la idea desencadenaba ansiedad e incomodidad para el cambio de creencias y la generación de experiencias nuevas e informativas empleando los ensayos conductuales de búsqueda de evidencias y apoyo de la red familiar necesaria en condiciones crónicas o agudas (Cano-Vindel, 2011; Leventhal, 2008; Salkovskis y Rimes, 1997).

Las relaciones entre sujetos están variando de una cultura a otra y en un tiempo a otro, ya que el hombre transforma la vida cotidiana a través del trabajo y recibe un efecto sobre sí mismo, dejando de ser lo que era y trascendiendo a algo diferente, no sólo en salud mental sino en su forma de existir en el mundo, fortaleciendo determinados esquemas cognitivos y marcos valorativos de referencia a través del proceso de interacción con grupos primarios, relaciones funcionales o estructurales que llevan a generar una escala de valores incluidos en el grupo social al que pertenece para entender la realidad, que le llevan a experimentar emociones positivas o negativas de dicha evaluación (Quintanilla et. al., 2004).

Es necesario clasificar los problemas de salud en comorbilidades o en su relevancia para el manejo clínico en antagonistas (buscando la reducción de estas causas que exacerban la problemática), en agonistas (estrategias que apoyen o que no están presentes y que incrementarían el bienestar) y neutrales (estrategias de afrontamiento) para proveer mejor calidad a través de una conceptualización de los problemas para el cuidado a la salud, en la que asuman y compartan la responsabilidad del auto

cuidado en apoyo al sistema de salud (Nieves, González, Beyebach y Torres, 2010; Valderas et. al., 2009).

Las diferentes variantes con este diagnóstico o manifestaciones subyacentes al proceso psicopatológico podrían ser factores que lleven a la falla o faltas en la efectividad del tratamiento médico-psicológico por ello el protocolo de atención y evaluación además de los criterios de Roma IV, debe ser sobre el aspecto social, contextual y clínico sobre cuando referir a un paciente a un nivel secundario (Corsetti y Whorwell, 2017; Hausteiner-Wiehle y Henningsen, 2014; Palsson et. al., 2016; Van Oudenhove et. al., 2016).

Una ruta viable para desarrollar es realizar una evaluación de screening sobre los estresores psicosociales que podrían jugar un papel en la efectividad de la intervención, así como un trabajo colaborativo entre médicos gastroenterólogos, psiquiatras y psicólogos viendo al intestino irritable como una entidad que combina los elementos cerebrales, intestinales y la cuestión de salud física y mental más allá de ser algo que está en la mente de las personas (Alpers, 2008; Padhy et. al., 2015).

Ya que el especialista que no está capacitado en estas estrategias de diagnóstico y tratamiento puede realizar estudios de diagnóstico y de rutina repetidamente para estos trastornos funcionales generando confusión y una disminución de la colaboración efectiva en el cuidado del paciente, además de promover un círculo vicioso de síntomas de ansiedad, resistencia y visitas constantes a especialistas de la salud (Drossman, 2016; Fuente de la et. al., 2014).

Por ello el objetivo del presente programa de intervención es la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual basado en la consejería y en el uso de módulos de regulación afectiva, cognitiva, fisiológica y conductual en pacientes adultos en un centro de consulta externa psicológica que acuden a solicitar atención para padecimientos gastrointestinales, afectivos y de salud ante condiciones psicosociales de estrés, acorde a sus necesidades mediante un diseño de estudio de casos clínicos con variantes en la entrega y orden de exposición a los módulos que componen el tratamiento en función de la formulación de Caso Clínico tras la detección de necesidades en la sede y los consultantes del programa de Medicina Conductual.

Método

Participantes

Se seleccionaron para la intervención a 16 adultos (5 hombres y 11 mujeres) con una M=28.6 años (rango de 18 - 47 años). En el caso de los 5 hombres atendidos la M= 32.4 años (rango de 18 - 47 años) y de las 11 mujeres la M=26.9 (rango de 18-45 años). Residentes de la Ciudad de México, con escolaridad de Preparatoria a Posgrado, con ocupaciones de ama de casa, funcionarios en dependencias de gobierno y despachos contables, administradores de negocios propios y en su mayoría desempleados y en cuanto a los grados académicos más frecuentes fueron de Licenciatura, seguido de posgrado (doctorado y maestría) y por último preparatoria.

Los criterios de inclusión fueron ser adultos de ambos sexos, firmar el consentimiento informado de la sede (anexo 1), el formato de resultados de evaluación (anexo 2) y el plan de servicios (anexo 3), contar con el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (previamente o en la evaluación), mientras que los criterios de exclusión fueron pertenecer a población infantil o adolescente, contar con otro trastorno gastrointestinal o mental de riesgo que ameritara la derivación inmediata y llevar un servicio psicológico simultáneo. Por último, los criterios de eliminación fueron no firmar el consentimiento informado, rechazar su participación en la intervención y tres inasistencias continuas que, por reglamento institucional genera la baja del servicio en la sede.

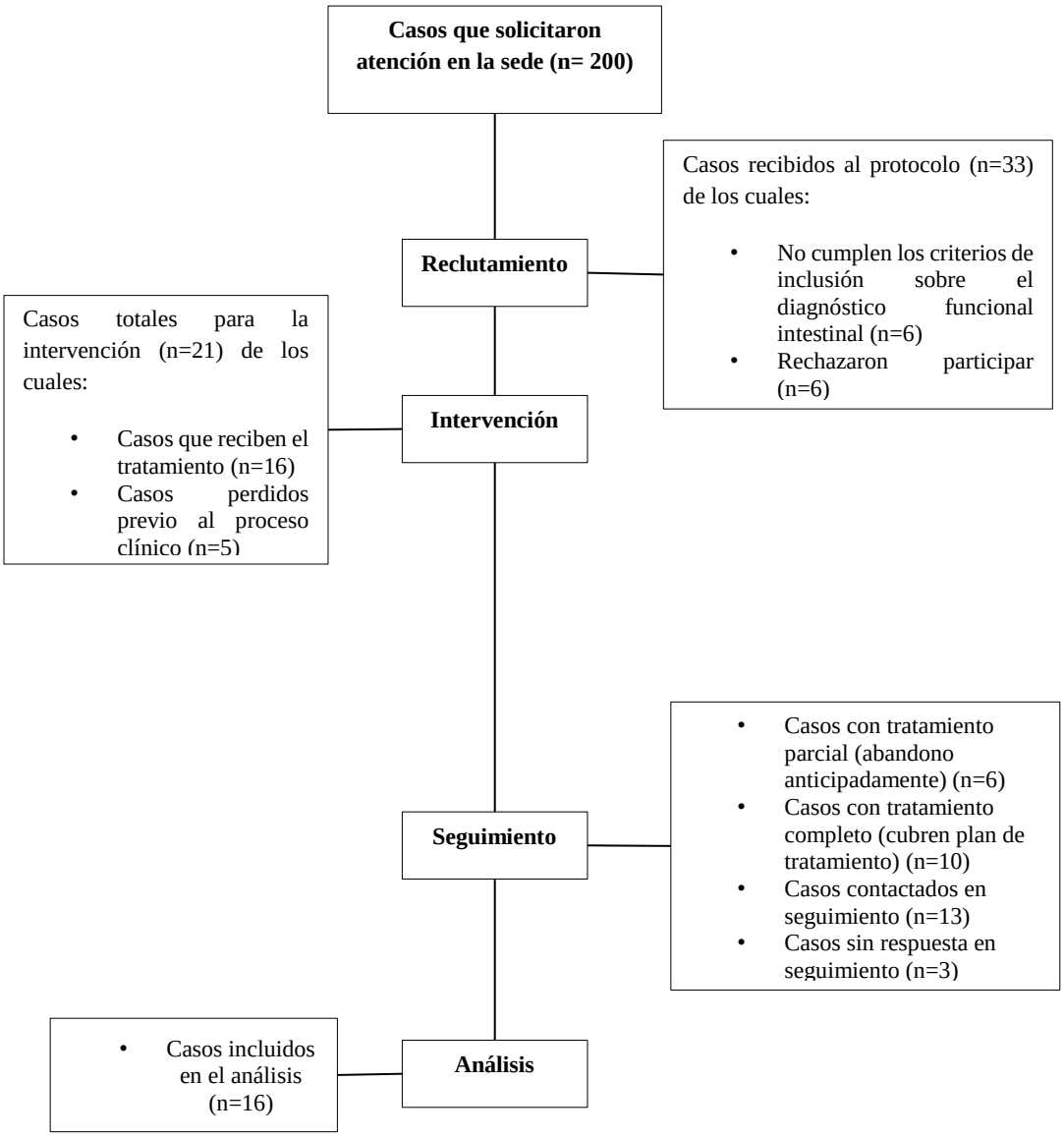
Es importante señalar que los participantes quedaron fuera del protocolo más no del tratamiento psicológico dado que fueron derivados a sedes externas (casos de baja) de la Facultad de Psicología o los subprogramas del área de Medicina Conductual de la sede para no dejarles sin atención profesional.

Ingresaron al programa de Medicina Conductual un total de doscientos casos un año, de los cuales treinta y tres casos son derivados al protocolo de intervención para Síndrome de Intestino Irritable, tras la aplicación de instrumentos y/o entrevista cumplen los criterios de inclusión veintiún solicitantes, dado que seis quedan excluidos por contar con otros trastornos funcionales gastrointestinales y seis más rechazan la propuesta de la intervención dando como razón su deseo por mantenerse con los terapeutas con quienes fueron asignados previamente.

Se llevó a cabo la intervención con dieciocho de los veintiún participantes que completaron el proceso administrativo de apertura de expediente. Para el presente estudio se incluyen a catorce y los otros cuatro aún continúan en intervención. Este proceso se muestra en la figura 5. Se logró realizar

seguimientos con nueve de los catorce pacientes en un lapso de uno a seis meses posterior al tratamiento.

Figura 5. Flujo de participantes por cada etapa del protocolo de intervención



Escenario

Durante los dieciocho meses en que se lleva a cabo la intervención se utilizaron tres escenarios; el primero, fueron los consultorios de atención individual del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, en el campus de Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Ciudad de México. El segundo fue por el período de paro de actividades en la Facultad de Psicología en el cual se utilizaron los consultorios individuales del "Programa de Atención Psicológica para la Promoción y Cuidado de la Salud" en la sede externa provisional de la Facultad en la delegación Magdalena Contreras, Ciudad de México. El tercer escenario fue en el período de contingencia por Coronavirus, realizando el contacto mediante video llamada en la aplicación Skype® y Google Meet®.

La sede de atención es un centro de formación profesional supervisada para alumnos de nivel licenciatura y posgrado y se rige por calendarios escolares de la Universidad Nacional Autónoma de México. El programa de atención en que se lleva a cabo la intervención en el de Medicina Conductual que establece su proceso de evaluación y tratamiento acorde a su enfoque cognitivo conductual.

Procedimiento

Fase 1. Detección de necesidades.

Se realizó en el ciclo escolar 2018-2 (enero-junio 2018), se realizó la revisión de expedientes clínicos de los casos asignados al programa de Medicina Conductual, se revisaron tres secciones del expediente: la solicitud de servicio con el cuestionario de detección de riesgos en la salud física y mental (anexo 4), el inventario de exploración clínica (anexo 5) y los documentos oficiales de instituciones públicas o privadas (receta, resumen clínico, contra referencia) presentados al abrir su expediente.

Se registró la frecuencia de tres categorías encontradas por cada expediente: las condiciones de salud física (diagnósticos médicos y psiquiátricos actuales) acorde a la clasificación del Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales en su quinta versión (DSM V), los síntomas gastrointestinales actuales enlistados y los motivos de solicitud del servicio psicológico del solicitante.

En este proceso no se alteró el procedimiento de evaluación o tratamiento con el solicitante dado que se trabajó con los expedientes clínicos de los casos en tratamiento, recién asignados al programa de

Medicina Conductual para identificar las características y necesidades de los consultantes al momento de llegar a la sede.

Fase 2. Detección de síntomas gastrointestinales específicos.

Este proceso se lleva a cabo en el semestre escolar 2019-1 (agosto-diciembre 2018), dentro del proceso de capacitación (con el alumno en formación profesional) y en el proceso de evaluación (con los consultantes) de la aplicación del "Check-list de síntomas de Síndrome de intestino irritable" (anexo 6) en que se registraron los síntomas de este cuadro gastrointestinal, síntomas de otros trastornos funcionales y la afectación percibida por estos en una escala tipo Likert del 0 (no me han afectado) al 10 (me han afectado demasiado) y datos de alarma presentes durante los últimos 6 meses.

Además, se dio revisión a cada expediente clínico, donde se tomó registro de frecuencias de los eventos de vida, situaciones antecedentes, consecuentes y condiciones de salud de los consultantes para la definición de los módulos del protocolo acorde al número de síntomas o diagnósticos gastrointestinales presentes y a la revisión de la literatura.

Durante esta etapa a los casos detectados con síntomas de riesgo en la aplicación, se les informó e incluyó en la intervención un módulo de cuidado a la salud a cargo de cada psicólogo consejero responsable del tratamiento del caso. Los puntajes obtenidos de los instrumentos de ansiedad y depresión de Beck se consultaron de los que fueron respondidos por el paciente en su primera evaluación que realiza el programa de atención de forma rutinaria por lo cual no se interrumpió ni añadió ningún proceso adicional al protocolo de servicio que todos siguen.

Fase 3. Intervención.

Se realizó a partir de la solicitud de atención psicológica presencial de los solicitantes en la sede y la difusión del protocolo de tratamiento mediante carteles informativos por redes sociales (Facebook®) y páginas oficiales de la Secretaría de Asuntos Escolares de las facultades de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Filosofía y Letras, Ciencias y Psicología y del Programa de atención psicológica a distancia-Call center UNAM (PAPD-Call Center UNAM) (anexo 7).

La intervención se llevó a cabo dentro del proceso de transición de solicitud psicológica presencial a vía telefónica al PAPD-Call Center UNAM que realizan los consultantes, lo cual implicó la adaptación del proceso de ingreso de los participantes para detectar si cumplían los criterios de inclusión.

Las actividades clínicas de entrevista inicial y aplicación de instrumentos en grupo de los consultantes derivados a Medicina Conductual y al protocolo de intervención para Síndrome de Intestino Irritable, se llevaron a cabo por alumnos de Licenciatura en Psicología bajo supervisión, por ser un escenario de formación profesional. El diseño del plan de tratamiento y la implementación de los módulos de tratamiento estuvieron a cargo del investigador bajo supervisión clínica y metodológica semanal y mensual.

Se recibieron las solicitudes y se les programó día y hora de realización del proceso de entrevista inicial y apertura de expediente presencial pasando menos de siete días desde su contacto. Los casos que fueron derivados al programa y que tras la aplicación de instrumentos fueron detectados que cumplían los criterios de inclusión, en sesión con el psicólogo previamente asignado fueron invitados a participar en el protocolo de tratamiento.

Las sesiones fueron implementadas en modalidad individual en la sede y posteriormente fueron gratuitas ante el paro de actividades en la sede y el desplazamiento a la sede externa además de ser gratuitas tras el proceso de confinamiento y adaptadas en modalidad en línea.

El tratamiento fue autorizado por la Coordinación de los Centros de Atención Psicológica de la institución y la Jefatura del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila, siguiendo el lineamiento del costo institucional del tratamiento por sesión. Los pasos de admisión de los casos siguieron los lineamientos de Gestión de Calidad de la sede.

Para la implementación de videograbaciones, obtención de datos y el manejo confidencial de la información relacionada al tratamiento de los pacientes a lo largo de la intervención se llevaron a cabo los lineamientos que el consentimiento informado de la institución establece, que firman los pacientes al momento de la apertura de su expediente.

En los casos de los participantes que concluyeron anticipadamente la intervención, que no se logró establecer contacto en los seguimientos o que no cumplieron el proceso administrativo de la sede para la apertura de su expediente se les brindaron por mensaje de texto y email algunas alternativas de servicios psicológicos institucionales para no dejarlos sin opciones de tratamiento.

Medición y variables.

Inventario de Ansiedad de Beck.

Para la sintomatología ansiosa se utilizó este inventario, el cual fue realizado en 1988 con población estadounidense (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), el cual ha sido validado en México y aplicado

en estudios clínicos y experimentales con población psiquiátrica y sin diagnóstico (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Evalúa la gravedad de la sintomatología de ansiedad clasificándola en cuatro niveles: mínima, leve, moderada o grave. Es un instrumento de auto informe, respecto a la frecuencia con que se presentó cada síntoma en los últimos siete días, incluyendo el día de la aplicación. Consta de un listado de veintiún síntomas, organizados de acuerdo con las siguientes categorías: subjetivo (siete reactivos), neurofisiológico (ocho reactivos), autonómico (tres reactivos) y de pánico (tres reactivos). Usa escalas tipo Likert de cero a tres puntos por reactivo (anexo 8). Tiene un índice de consistencia interna de $\alpha = 0.83$.

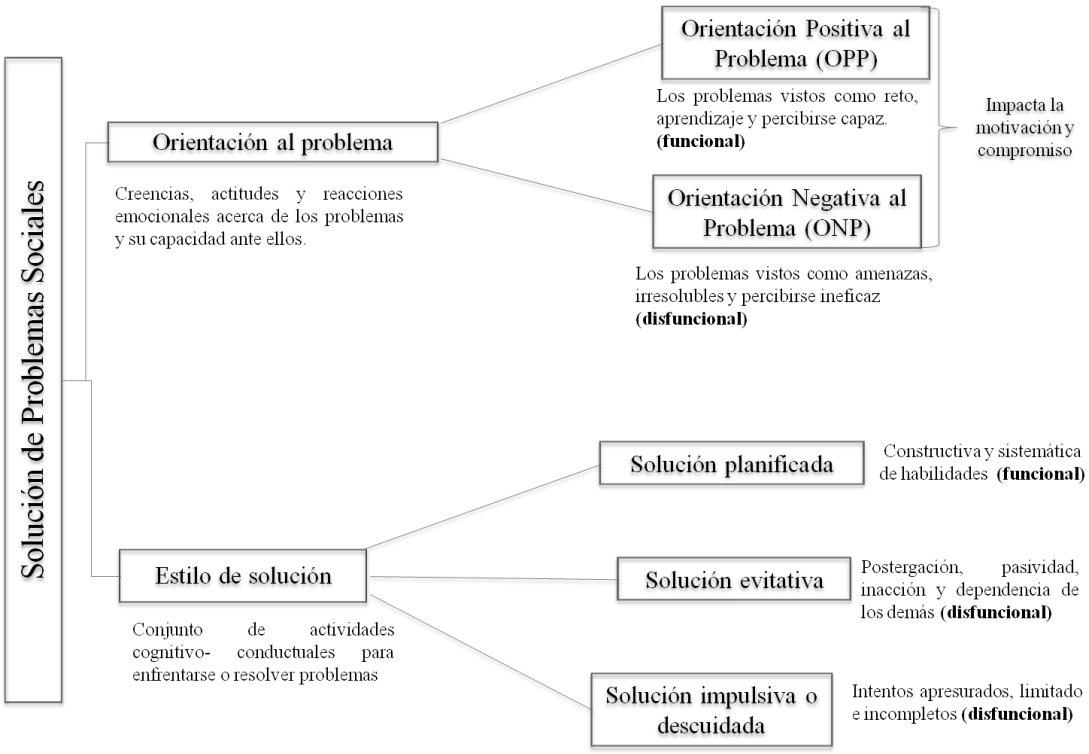
Inventario de Depresión de Beck.

Fue creado por Beck, Steer y Garbin (1988) y validado en México por Jurado et. al. (1998), evalúa la gravedad de síntomas depresivos y suele utilizarse para población tanto psiquiátrica como muestras no clínicas. Está conformado de una lista de veintiún síntomas en una escala de calificación tipo Likert de cero a tres puntos por reactivo. El índice de consistencia interna es de $\alpha = 0.87$, y permite distinguir entre cuatro niveles de sintomatología depresiva: mínima, leve, moderada y grave. Es un instrumento de auto informe en que se presenta cada síntoma durante la última semana incluyendo el mismo día de la aplicación (anexo 9), que ayuda a evaluar la presencia de la intensidad de estos síntomas durante la última semana para su monitoreo a lo largo de las sesiones.

Test de Solución de Problemas Sociales (ISPS-R).

Otras de las variables evaluadas fueron las habilidades del individuo respecto a la toma de decisiones en la cual este instrumento permite conocer las capacidades y actitudes de solución de problemas del individuo que puedan sugerir un entrenamiento específico en el tratamiento (anexo 10), generado a partir de un modelo de cinco factores proveniente del Modelo de Solución de Problemas (Nezu y Nezu, 2019; Nezu, Nezu y D´Zurilla 2014; Nezu, 2004; Nezu y Nezu, 1989) incluyendo dos orientaciones (Orientación Negativa al Problema-ONP y Orientación Positiva al Problema-OPP) y tres estilos de Solución de Problemas (Solución Planificada al Problema-SPP, Solución Evitativa-EV y Solución Impulsiva/Descuidada- ID) tal como se muestra en la figura 6.

Figura 6. Modelo revisado de solución de problemas de D´Zurilla y Golfried



Nota: Modelo retomado de Nezu, Nezu y D´Zurilla (2014) con los dos estilos de funcionamiento: el adecuado e inadecuado que forman el sistema de procesamiento cognitivo-afectivo del individuo ligada a la situación.

En un instrumento de 25 ítems con escala tipo Likert que abarca cinco opciones de respuesta: 1= En modo alguno, 2= En algunos momentos, 3= Moderadamente cierto, 4= Cierto y 5= Muy cierto en mi caso.

Establece puntos de corte para la OPP y la SPP, donde puntuaciones menores a 12 indican carencia de estas habilidades para la resiliencia psicológica y afrontamiento al estrés cotidiano; un puntaje entre 12 y 18 muestran que el individuo cuenta con recursos, sin embargo, se beneficiaria de un entrenamiento y las puntaciones mayores a 18 puntos señalan que el individuo cuenta con dicha habilidad como fortaleza. Mientras que a mayor puntación en ONP, EV e ID mayores son las dificultades del individuo para la solución de los problemas (Nezu y Nezu, 2019).

Se utilizó la versión breve del Test de Solución de Problemas Sociales la cual se complementó con la descripción de actividades concreta del sujeto y las variabilidades clínicas acorde al Formulario de Autocontrol de la Solución de Problemas (anexo 11) y los listados de problemas generales (anexo 12)

descritas en la literatura (Torre de la, Morera y Wood, 2010; Galindo, Rivera, Lerma y Jiménez, 2016; Maydeu-Olivares, Rodríguez-Fornells, Gómez-Benito y D'Zurilla, 2000; Merino, 2012; Nezu, Nezu y D´Zurilla, 2014; Nezu, Nezu, Felgoise, McClure y Houts, 2003; Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986; Palomar, Harari y Pilar, 2010) aunado al proceso de adaptación del instrumento al contexto de consulta externa psicológica (véase también Sánchez, 2021 en prensa).

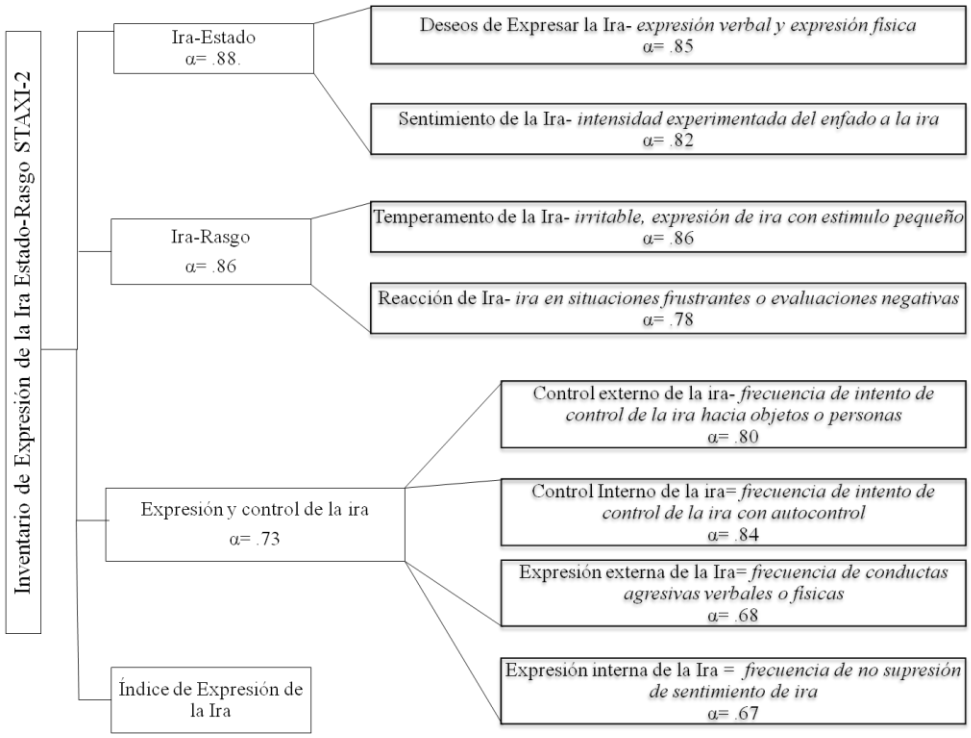
Inventario de la Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

En la evaluación de la variable de enojo por las situaciones detonantes o como un estado constante, se aplicó se empleó este instrumento creado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado-Morales y Spielberg (2001) y validado en población mexicana por Oliva, Hernández y Calleja (2010), evalúa la Ira a través de 49 reactivos con un índice de consistencia interna de α=0.89, distribuidos en tres escalas; la primera, el estado de ira definido como el estado emocional psicobiológico caracterizado por tensión muscular, excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo además de sentimientos subjetivos que van desde el fastidio hasta la furia, con quince reactivos y tres subescalas (Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión física).

El segundo, es la Ira-Rasgo determinada por la percepción de las situaciones como frustrantes y la tendencia a responder a estas, contiene 10 reactivos y dos subescalas (temperamento de ira y reacción de ira). Y en tercer lugar la frecuencia en que los sentimientos de la ira son expresados o controlados, se evalúa con 24 reactivos y cuatro subescalas (Expresión externa de Ira, Expresión interna de Ira, Control externo de Ira y Control interno de Ira) (figura 7).

Aunado a brindar un índice de expresión de la Ira a partir de los 24 reactivos de control y expresión a la ira. Evalúa con opciones de respuesta tipo Likert con cuatro opciones: 1=Casi nunca, 2=A veces, 3=Frecuentemente y 4=Casi Siempre; contemplando la reacción del individuo al momento de la aplicación, cómo se siente normalmente y cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado (anexo 13).

Figura 7. Escalas y subescalas que conforman el instrumento de enojo con sus índices de consistencia interna para la población mexicana.



Nota: Recuperado de Oliva, Hernández y Calleja (2010).

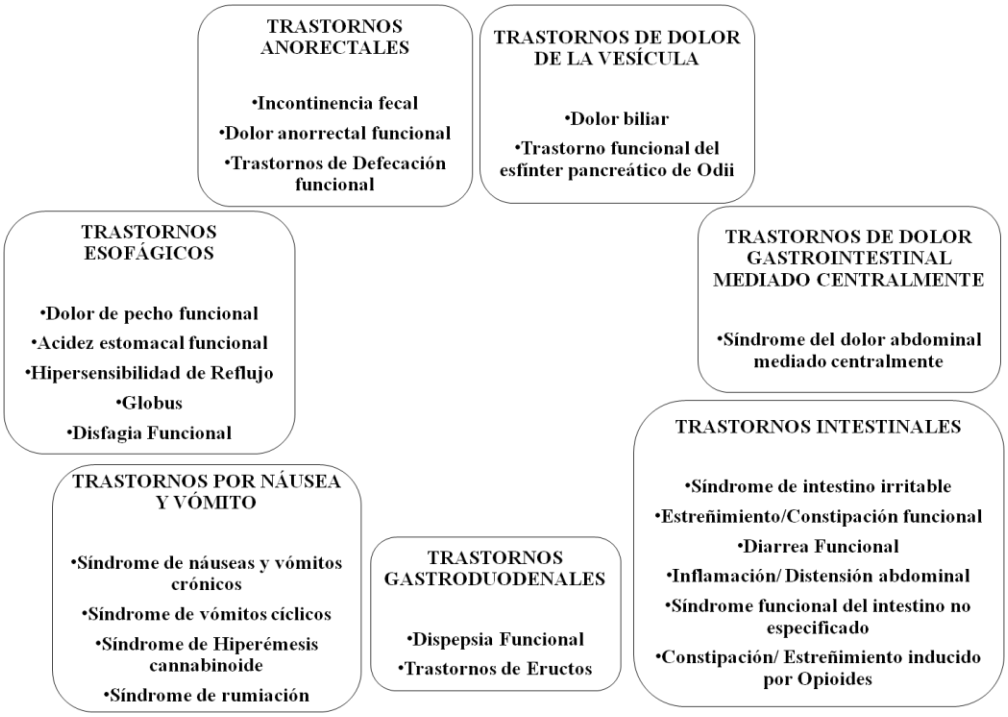
Brinda categorías que clasifican en altos los centiles superiores al 75, en que se experimenta la emoción de forma poco saludable, del centil 25 al 75 se catalogan como regulares con manejo de la emoción que se benefician del entrenamiento y puntuaciones bajas que son inferiores al centil 25, indican el uso de conductas de evitación a experimentar o reconocer dicha emoción en función de la muestra clínica (Alcázar, Deffenbacher y Byrne, 2011; Chida y D´Phil, 2009; Moral, González, y Landero, 2010; Moral y Segovia, 2015; Oliva y Calleja, 2010; Oliva, Hernández y Calleja, 2010).

Cuestionario Diagnóstico de ROMA IV para adultos (Versión México).

Es un cuestionario realizado por la Fundación de Roma, basado en los criterios del manual de Trastornos Funcionales Gastrointestinales (TFGI´s)- ROMA IV, con un diseño de diagnóstico basado en síntomas como dolor, náusea, vómito y acidez que se consideran clínicamente significativos e indicativo de estos trastornos cuando su frecuencia, duración e intensidad incrementa respecto a poblaciones clínicamente sanas con finalidad de ser un instrumento de auto reporte que requiere el criterio y descarte por parte del clínico o investigador (Palsson et. jal., 2016).

Los TFGI´s que evalúa el instrumento se muestra en la figura 8, mediante 89 reactivos con alternativas de respuesta en escala tipo Likert, para indicar frecuencia 0=Nunca, 1=Menos de un día al mes, 3=Dos a tres días al mes, 4=Una vez por semana, 5=Dos o tres días a la semana, 6=La mayoría de los días (cuatro a seis días a la semana), 7=Todos los días y 8=Varias veces al día o todo el tiempo. Además de alternativas de porcentaje de veces (0 al 100%), dicotómicas (no o no lo he intentado y sí) y un listado para la detección de síntomas de alarma y/o antecedentes heredofamiliares (anexo 14).

Figura 8. Grupo de Trastornos Funcionales Gastrointestinales evaluados por el instrumento acorde a la clasificación de ROMA IV.



Para su aplicación y calificación se utilizaron los materiales y algoritmos diseñados por la fundación de Roma para esta cuarta edición del instrumento, bajo la licencia de uso otorgada por la institución el 27 de febrero de 2019 para su uso en el presente protocolo.

El instrumento cuenta con un 62.7% de sensibilidad en la muestra clínica y una especificidad para la muestra de población sana del 97.1% para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable (IC 95%). Mostrando traslapes con los diagnósticos de Diarrea funcional del 66.9% y con Estreñimiento funcional del 56% lo cual se debe a que estos trastornos pertenecen a un continuo (Heidelbaugh, Stelwagon, Miller, Shea y Chey, 2015; Lacy et. al., 2016; Wong et. al., 2010). Presenta un coeficiente de confiabilidad test Retest del 75% dada la complejidad de más de un diagnóstico funcional gastrointestinal como ocurre en el ámbito clínico (Palsson et. al., 2016).

Índice de Sensibilidad Visceral.

Es un instrumento de auto reporte desarrollado por Labus et. al. (2004) para evaluar ansiedad específica a síntomas gastrointestinales que corresponde a las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales ante el temor por los cambios viscerales y el contexto en que estos ocurran, siendo esta una variable mediadora de las respuestas autonómicas y neuroendocrinas que impacta en el mantenimiento o empeoramiento de los síntomas del Síndrome de Intestino Irritable a complementarse o evaluarse con los niveles de ansiedad general presentes en esta población (Labus, Mayer, Chang, Bolus y Naliboff, 2007; Wolitzky-Taylor, Craske, Labus, Mayer y Naliboff, 2012).

La versión en inglés mostró un índice alto de consistencia interna en población saludable de adultos jóvenes (α de Cronbach=0.90 a 0.92) y en adultos con Síndrome de Intestino Irritable (α de Cronbach=0.93), un coeficiente de confiabilidad test-retest de 0.86 y correlaciones positivas moderadas con medidas de ansiedad estado, temor a los síntomas de ansiedad, neuroticismo y depresión (r=0.60 a 0.70, p=0.05) así como con una adecuada validez discriminante en pacientes con síndrome de intestino irritable en tratamiento médico actual o previo, explicando el 51% de la varianza total (M=38, DE=4.1, p=0.05) con la población sana (M=8.2, DE=0.4, p=0.05) (Labus et. al., 2007).

En el presente estudio, se realizó la traducción y adaptación al español para habitantes de la Ciudad de México, el cual cuenta con validez de contenido mediante el uso de traductor experto para la redacción de los reactivos, revisión del contenido por parte de dos profesionales en el área: un psicólogo experto en el enfoque de tratamiento cognitivo-conductual en padecimientos somáticos y regulación emocional y un médico gastroenterólogo experto en Síndrome de Intestino Irritable y trastornos funcionales gastrointestinales.

De esta versión se llevó a cabo la evaluación de los reactivos con 150 jueces estudiantes de licenciatura, maestría y doctorado con experiencia clínica y/o práctica en el área profesional de Psicología Clínica y de la Salud, de la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, campus Ciudad Universitaria. La aplicación se realizó en clases de Psicopatología de la Adultez, Epidemiología y Salud Pública, Seminario de Titulación de Licenciatura y Posgrado y con alumnos en práctica clínica bajo supervisión en el escenario especializado (Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”). Se obtuvo una aceptación entre el 80–98% de la versión traducida, los datos obtenidos por reactivo se muestran en el anexo 15.

El instrumento cuenta con 15 ítems (anexo 16) con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert para indicar el grado de acuerdo o desacuerdo en la ocurrencia de pensamientos o emociones negativas ante la percepción de movimientos intestinales en diferentes situaciones, las alternativas de respuesta son: 5=Totalmente de acuerdo; 4=Moderadamente de acuerdo; 3=Ligeramente de acuerdo; 2=Ligeramente en desacuerdo; 1=Moderadamente en desacuerdo y 0=Totalmente de acuerdo.

La calificación es inversa yendo de 5 a 0 puntos, para obtener un máximo de 75 puntos (ansiedad específica gastrointestinal grave) a 0 puntos (ansiedad específica gastrointestinal grave) dada su estructura unidimensional (Labus et. al., 2007; Saigo et. al., 2014).

Para objetivo de la intervención se usó como tamizaje en población que acude a consulta psicológica externa y presenta síndrome de intestino irritable, mediante puntos cercanos al 50%, por encima o por debajo de este, sin embargo, se recomienda continuar el proceso de estandarización a la población mexicana.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).

Fue publicado en 1940 por Hathaway y McKinley a través de investigación mediante entrevistas semi estructuradas psiquiátricas realizadas a diversos grupos de pacientes y muestras para cada una de las subescalas de la prueba aunado a diagnósticos diferenciales y actitudes sociales-emocionales además de incluirse tres escalas de validez para evaluar la forma de respuesta de los usuarios (Hathaway y McKinley, 1940). El uso de la prueba y los cambios socioculturales de las décadas de 1960 y 1970, generaron la estandarización del Inventario para poder adecuar los reactivos e incluir nuevas subescalas a la prueba por James Butcher, Grant Dahlstrom, John Graham y Auke Tellegen en 1989 (Butcher y Williams, 2000).

La estandarización a la población mexicana fue publicada en 1994 (Lucio, Reyes y Scott, 1994) mediante la traducción y adaptación del MMPI-2, mostrando un coeficiente de confiabilidad test retest en escalas básicas de α= 0.79-0.90, es una de las pruebas más usadas en la actualidad y con mayor validez en México ya que cuenta con escalas de validez, clínicas, suplementarias y otras debido a que se consideran los factores culturales, económicos y sociales (Lucio y León, 2003). Contiene 567 reactivos redactados como enunciados respecto a alguna experiencia, creencia, actitud o preocupación personal de los pacientes pertenecientes a los grupos clínicos y no clínicos con opción de respuesta dicotómica (verdadero-falso) (Lucio, Durán, Heredia, Arenas y Martínez, 2015).

Está diseñada para evaluar un amplio número de patrones de personalidad y de trastornos psicológicos en población adulta, requiere un nivel de comprensión lectora equivalente a sexto de primaria, cuenta

con diez escalas clínicas o básicas: de tipo neuróticas, (Hipocondría, Depresión, Histeria, Psicastenia), de tipo psicótico (Paranoia, Manía, Esquizofrenia e Introversión social) y una relacionada con la identidad sexual (masculino-femenino) y tendencias a actuar psicopáticamente la cual puede ser interpretada acorde a la puntuación T, brindando una interpretación por escala y por perfil (características más comunes del sujeto) así como indicadores de validez para detectar problemas de comprensión o por falta de implicación o concentración al dar sus respuestas (Lucio et al., 2015).

Este instrumento forma parte del proceso general del programa de Medicina Conductual por ello se incluyó dentro de la evaluación y devolución con los consultantes, se enfatizó en que dichas características requerían un análisis en conjunto a los procesos previos de evaluación mediante la entrevista y los otros instrumentos y mediciones para poder integrarse en el mapa de patogénesis para no fortalecer en los pacientes la idea de tener una condición predeterminada sino basada en su historia de vida (aprendizajes) y contingencias presentes en el presente en sus áreas de vida.

Presión Arterial y Frecuencia cardíaca.

Se utilizó un monitor digital automático de presión sanguínea de muñeca Neutek® modelo BP-202H, con un rango de medición de presión de 0 a 300 mmHg (±3 mmHg), y de pulso de 30 a 180 pulsaciones/minuto (±5%). Brinda valores de detección del ritmo cardíaco irregular e indicador de clasificación WHO. El cual es colocado por el terapeuta previo a finalizar cada sesión clínica en la muñeca del paciente durante el minuto en que se toma la medida (anexo 17).

Temperatura corporal periférica.

Se utilizó como instrumento el termómetro digital marca Omron® modelo MC-720, que brinda la temperatura mediante un sensor de termopila infrarojo, brindando lecturas en grados centígrados y grados Fahrenheit con tres modalidades: temperatura del ambiente (10 a 40° C ± 2° C/ 50 a 104°F ± 3.6°F), temperatura de las superficies (22 a 42.2°C±0.3°C/ 71.6 a 101.8°F±3.6°F) y temperatura de frente (35 a 42°C±0.3° C/ 95 a 107°F±0.5°F), con la cual se realizaron las mediciones inmediatamente después de la toma de presión arterial y frecuencia cardíaca. Se realizó la lectura de la toma de temperatura corporal periférica en el músculo aductor del pulgar transversal como se muestra en la figura del anexo 18.

Tasa Respiratoria y ciclo de ocho respiraciones profundas.

Para la toma de estos signos se solicita a los participantes *"colocar la palma de la mano extendida sobre el pecho y la otra en el abdomen encima justo del ombligo, fijar la vista en algún punto del*

consultorio y respirar por unos segundos y respirar normalmente lo hacemos" y se contaron el número de ocasiones en que se completó una respiración (inhalación y exhalación) en quince segundos y realizar el cálculo de dicha tasa por minuto.

En cuanto a la toma del registro de ocho respiración profundas se realizó posterior a la toma de la tasa respiratoria y en las sesiones iniciales dando como indicación *"colocar la palma de la mano extendida sobre el pecho y la otra en el abdomen encima justo del ombligo, fijar la vista en algún punto del consultorio y vamos a realizar ocho ciclos de respiraciones profundas, entendiendo un ciclo como el proceso de meter y sacar el aire, allí va un ciclo* (se modelaban los dos pasos), *así realizaremos ocho pero de manera profunda, como sepamos realizarlo"*.

Tras el entrenamiento en el módulo de Respiración Diafragmática se pedía *"colocar la palma de la mano extendida sobre el pecho y la otra en el abdomen encima justo del ombligo, fijar la vista en algún punto del consultorio y respirar por unos segundos y vamos a realizar ocho ciclos de respiraciones profundas tal como lo hemos aprendido"*. Se usó como apoyo un cronómetro.

Diario de Síntomas.

Se diseñó un registro semanal de la intensidad global percibida por día de cada uno de los síntomas gastrointestinal del Síndrome de Intestino Irritable y de emociones como ansiedad, tristeza y enojo. A través de una escala visual numérica del 0 (ausencia de dolor/síntoma) al 10 (peor dolor o síntoma experimentado) tal como se muestra en la imagen del anexo 19. Se realizó la aplicación de estos en muestreos semanales en cuatro distintos momentos: previo a recibir cualquier módulo de tratamiento, el segundo momento fue a la mitad del tratamiento, el tercer momento se realizó en la semana previa al egreso del paciente y la última en el primer seguimiento con el paciente. Se entrenó a los pacientes en el llenado del diario mediante ensayos en sesión durante la primera sesión, hasta cubrir el 85% de los elementos solicitados.

La indicación dada a los pacientes fue llenar el diario de síntomas por las noches 30 minutos antes de ir adormir para realizarlo como primer paso a la rutina de higiene de sueño y se solicitó llenar por día y dejar en blanco los días que no fueron posibles dado que se buscaba conocer la percepción de los síntomas en el día correspondiente. Además, se incluyó una columna de "observaciones", para que los pacientes colocaran aspectos relevantes de estrés o cambio, fuentes estrés identificadas o bien síntomas adicionales a comentar en sesión.

Procedimientos de audio y videograbación.

Las sesiones de tratamiento fueron grabadas en audio por cada sesión para poder transcribir la información además para poder garantizar la integridad del tratamiento se hizo uso de Check-list de conductas a observar del terapeuta que implementa la intervención (anexo 20) los cuales fueron llenados por psicólogos ingenuos que estuvieron en función de coterapeutas o bien, al tomar una cinta al azar de las grabaciones de audio. Esta precaución metodológica buscó garantizar la objetividad de la información y datos obtenidos y reducir el riesgo de sesgos del terapeuta respecto a los cambios obtenidos en la intervención.

Diseño de Intervención

El objetivo fue examinar los efectos por caso y grupal de una intervención cognitivo conductual implementada por módulos, en los síntomas psicológicos (sintomatología ansiosa, depresiva y respuestas de enojo) y somáticos (síntomas gastrointestinales y fisiológicos) en adultos con síndrome intestino irritable que acuden a un centro psicológico de consulta externa se utilizó un diseño Inter sujeto A-B con seguimiento de alcance exploratorio-descriptivo.

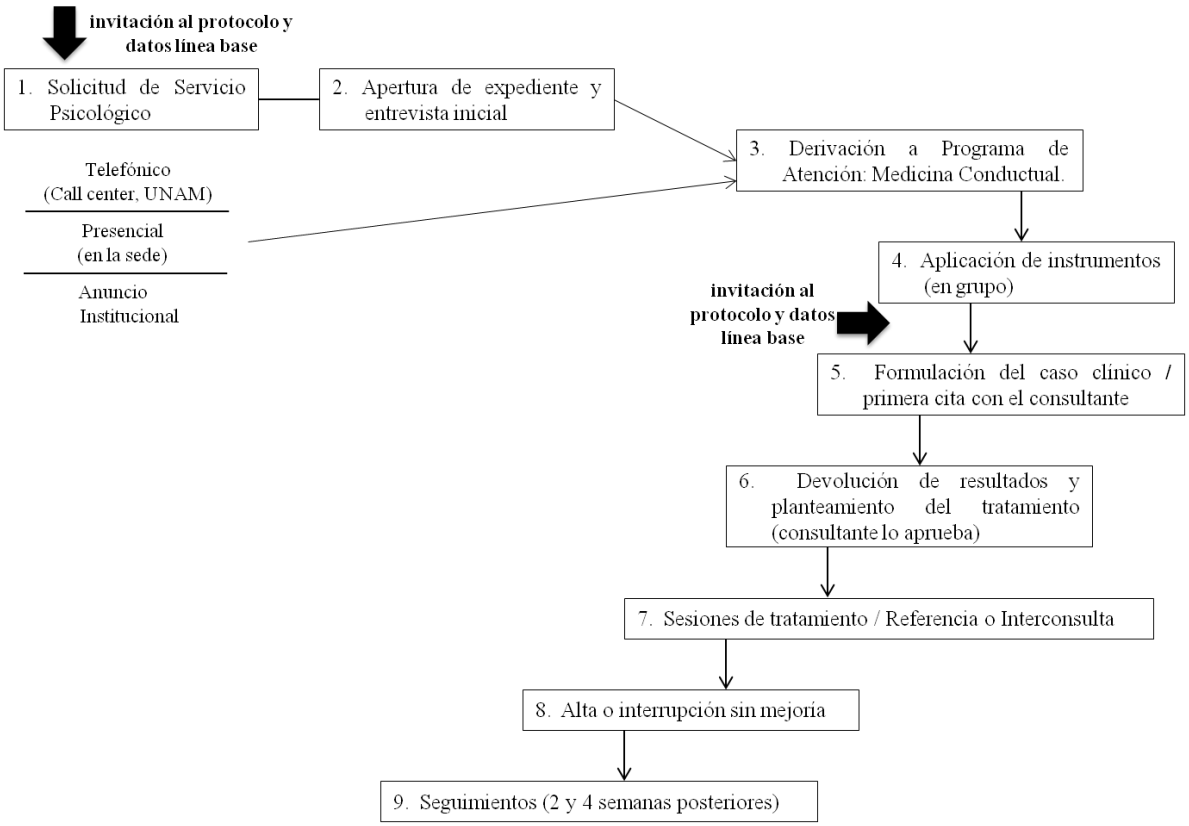
Para el desarrollo del protocolo se realizaron dos fases previas a la intervención; la primera con la exploración de variables que permitieran conocer la población que acude al centro y si reportan síntomas o malestares gastrointestinales dentro de sus solicitudes. En la segunda fase se implementó un Check-list de síntomas intestinales obtenido tras la revisión de la literatura para definir los módulos de la intervención del protocolo acorde al grado de afectación clínica y comorbilidades obtenidas. En ambas fases se cotejaron los instrumentos e información del tratamiento registrada en los expedientes clínicos de los casos asignados al programa de Medicina Conductual en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

La intervención se realizó acorde al proceso de admisión, atención y egreso del modelo de formación supervisada y de Gestión de Calidad de la sede (figura 9) que establece la secuencia de Entrevista Inicial, Evaluación grupal, Formulación del Caso y diseño del tratamiento para las posteriores sesiones de devolución de resultados y validación del tratamiento propuesto en sesión con el consultante, para llevar a cabo las sesiones de tratamiento, egreso y seguimiento. Para estos últimos la sede establece un plazo regido por el tiempo de conclusión de los programas de intervención.

Desde la derivación del caso al programa de atención, el tiempo estimado en estos procesos fue de dos a seis semanas en promedio, cuando los consultantes fueron captados desde la entrevista inicial se tomaron las medidas de síntomas gastrointestinales mediante el diario para la Línea Base desde

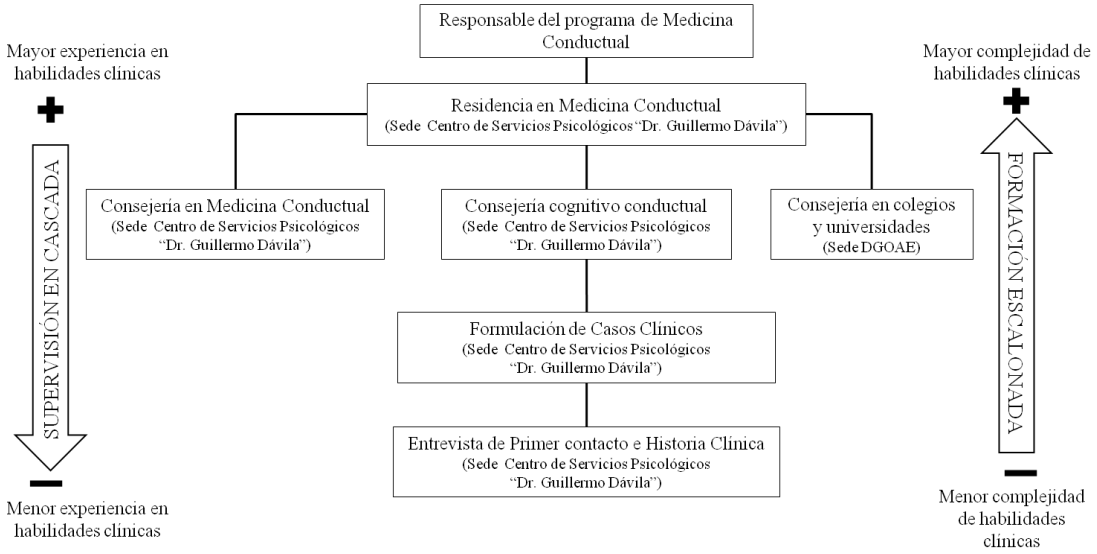
ese paso; si esto fueron captados posterior a la evaluación, se iniciaba la recolección de datos de línea base desde la primera sesión.

Figura 9. Secuencia de procesos clínicos y administrativos de atención psicológica en la sede (Protocolo de intervención).



El protocolo se organizó dentro del programa de "Medicina Conductual: atención a enfermos crónico-degenerativos" con un sistema escalonado de formación profesional supervisada para alumnos del quinto al octavo semestre de la Licenciatura con línea terminal de Psicología Clínica y de la Salud (figura 10) quienes participaron en los procesos de entrevista y evaluación con los pacientes dado que es una sede de consulta psicológica y formación profesional.

Figura 10. Modelo de supervisión en cascada y actividades clínicas escalonadas en que se realizó la intervención clínica



Nota: Modelo propuesto por la responsable del programa, la psicóloga Rebeca Sánchez Monroy (reproducción con autorización).

El método de asignación al tratamiento fue con el cumplimiento de los criterios de inclusión durante el lapso de reclutamiento que fue de enero a diciembre 2019, correspondiente a los semestres 2019-2 y 2020-1, dado que en el período de enero a mayo 2020 se paró la recepción de casos ante situaciones contextuales (paro de actividades en la Universidad y la pandemia COVID-19) y se concluyeron tratamientos y seguimientos de los casos previamente recibidos.

La intervención clínica fue realizada por el investigador, sin embargo, en las sesiones de entrevista inicial y evaluación participaron psicólogos clínicos que participaban en los programas de prácticas profesionales de Licenciatura, además de contar con la supervisión clínica y metodológica semanal por parte de los supervisores del protocolo.

Las sesiones llevadas a cabo se brindaron en función de las necesidades detectadas en cada mapa de patogénesis elaborado, para poder definir el orden de la secuencia en la implementación de los módulos se establecieron criterios que permitieran la elección de uno u otro acorde a los datos del paciente y a la medida de sus necesidades y/o recursos, estos criterios se muestran en la figura 11.

Figura 11. Criterios de elección de cada módulo para su inclusión en el protocolo de intervención.

MÓDULO	ANTE
Psicoeducativo de la relación eje cerebro-intestino	• Reporte de dudas sobre diagnóstico, pronóstico, tratamiento y/o fisiopatología del SII en entrevista semiestructurada.
Cuidado a la salud	• Puntajes del inventario: negativo e impulsivo y/o evitativo. • Síntomas gastrointestinales (cuestionario ROMA IV). • Incumplimiento de indicaciones médicas y dietéticas. • Contar con un diagnóstico adicional de salud.
Regulación fisiológica	• Síntomas obtenidos en inventarios de Beck. y/o enojo • 5 medidas fisiológicas previas no regulares
Hipervigilancia a los síntomas afectivos y/o emocionales	• Puntaje del 50% en adelante en el instrumento de índice de Sensibilidad Visceral. • Diario de síntomas semanal con mayor frecuencia o intensidad
Estrategias de manejo de estrés en áreas de vida	• Afectación referida: abandono/evitación actividades (al menos un área de vida) • Apoyo familiar solicitado por el paciente. • Puntajes del inventario: negativo e impulsivo y/o evitativo.

Sesión de entrevista clínica de primera vez.

Dentro del cubículo individual (espacio de 4x4 metros), se realizó el encuadre con el solicitante al explicar el nombre y grado de formación del terapeuta (señalando que se estaba bajo supervisión clínica), el enfoque cognitivo conductual (principios del enfoque), el objetivo del protocolo (en cuanto al abordaje de síntomas gastrointestinales funcionales, conductas de cuidado a la salud y entrenamiento en estrategias de cuidado a la salud, regulación emoción y cognitiva así como el trabajo en conjunto con otras especialidades para lo cual se usaría el modelo de solución de problemas), la modalidad de la intervención (individual, breve y en formato de Consejo Psicológico) y los pasos a realizar en la sesión presente y las subsecuentes y la resolución de dudas sobre este proceso que el paciente verbalizara.

Para este proceso el texto que se explicaba a cada uno de los participantes era el siguiente: "*Buen(os/as) días (tardes o noches), estimado(a) Nombre del paciente, me presentó con usted, soy la psicóloga Dulce Viridiana Santiago García, terapeuta responsable de su tratamiento, pertenezco al grupo de Medicina Conductual. Es importante que usted sepa que mi labor clínica se encuentra bajo supervisión clínica con mi supervisora clínica, la psicóloga Rebeca Sánchez Monroy. Actualmente mi grado de estudios es Licenciatura y el presente protocolo de intervención corresponde al proyecto de Posgrado de la maestría en Medicina Conductual en la sede del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" acorde a los lineamientos éticos contenidos en su consentimiento informado*

que usted ya ha firmado, sus datos pueden ser usados con fines de investigación y difusión en centros con especialistas en Salud Mental siempre cuidando la confidencialidad y anonimato de su persona. El enfoque que trabajaremos será el tratamiento cognitivo-conductual que establece que las personas nos relacionamos con el contexto a través de un proceso de constante aprendizaje a lo largo de toda la vida por lo cual reaprender estrategia para hacer frente a las situaciones es algo que requiere una práctica constante e identificar cuáles son nuestras carencias, pero también nuestras fortalezas en un proceso conjunto de usted y su servidora. El tratamiento es en modalidad de psicoterapia breve y consta de una sesión semanal con una duración de cincuenta minutos, con una cuota de $100 que pagará usted en la caja de la Facultad de Psicología, no estoy autorizada para poder recibir o realizar algún pago económico de su parte, el tratamiento consta de este primer paso que es su entrevista de primera vez para revisar juntos la información que tenemos y aquella que nos es indispensable para el mejor entendimiento de su caso. Usted ya ha pasado por una primera entrevista y la aplicación de instrumentos en apoyo de otros compañeros psicólogos en formación que se encuentran en la sede, posterior a esta sesión le mostraré sus resultados y el mapa que organiza el porqué de su motivo de consulta y los objetivos a seguir para que sepa usted en cada paso hacia dónde vamos y el porqué de dicha estructura, contemplando que si detectamos juntos la necesidad del apoyo del médico gastroenterólogo, psiquiatra o en nutrición o alguna otra especialidad acorde a nuestras necesidades buscaremos alternativas que nos sean viables y que permitan atender su salud de forma completa. Es indispensable por favor traer su carnet previo a pasar a sus sesiones y poder mantenernos en contacto ante algún inconveniente o duda que surja en el proceso, en breve le brindaré mi correo electrónico y número telefónico ¿Hasta este momento tiene usted alguna duda o pregunta?"

Posteriormente se retomaba el motivo de consulta que le llevó al servicio, los pasos que había completado, la relevancia de añadir algún instrumento que en la evaluación faltó y su relevancia para el motivo de consulta y se llevaba a cabo el formato de entrevista semiestructurada para recabar información relacionada al estado de salud gastrointestinal y afectivo, hábitos de salud y conductas de riesgo o de diagnósticos crónicos o psiquiátricos comórbidos para obtener los intentos de solución del paciente y sus conductas en toma de decisiones así como la identificación de redes de apoyo, tal como se muestra en el anexo 21.

Por último, se solicitaba al paciente copia de su expediente médico personal (recetas, resúmenes clínicos, resultados de estudios de laboratorios) para poder organizar y conocer sus tratamientos previos, abandonos o cambios de dosis y/o indicaciones médicas como primera tarea para documentar el expediente, además se fijaba el día y hora en que se tendrían las sesiones en adelante.

Se entrenaba en el llenado del diario de síntomas realizando ensayos conductuales hasta alcanzar el criterio de éxito del 80% en este y al salir del cubículo individual se aplicaban los instrumentos de ansiedad y depresión de Beck (respecto a la última semana) en las mesas del pasillo de la sede buscando un lugar tranquilo o apartado del paso de los otros terapeutas dado que los espacios se encontraban programados para sesiones de máximo sesenta minutos por terapeuta y son utilizados por los diferentes enfoques y grupos de trabajo de la sede por lo cual, siempre estaban ocupados y se programaba la siguiente cita contemplando 30 minutos adicionales para la aplicación de pruebas faltantes posterior a la sesión clínica.

Sesión de Devolución.

El objetivo de la sesión era explicar al paciente el objetivo del instrumento aplicado, los resultados obtenidos y se enlazaban dichos resultados con la relación con información clínica referida durante la entrevista inicial y la entrevista de primera vez, así como con las consecuencias actuales desde una perspectiva biopsicosocial y multifactorial del cuadro.

Un ejemplo de lo que se decía al paciente respecto a un instrumento como el inventario de ansiedad de Beck era el siguiente: *"este instrumento que respondiste (se le daba en la mano la hoja de respuestas), se llama Inventario de Ansiedad de Beck y nos permite a través de una lista de síntomas conocer que tan ansiosos, tensos o preocupados hemos estado en los últimos sietes días incluyendo el día de la evaluación por ello lo usamos semanalmente ya que este cambia según los acontecimientos que vamos viviendo a lo largo de las semanas. Existen niveles de síntomas de ansiedad, no como tal el diagnóstico de Ansiedad sino de esos pequeños focos o malestares que corresponden a esta emoción. Por ejemplo, imagínate que lo que mide es similar a si me dijeras que tienes dolor de cabeza, este es un síntoma o sea algo que sentimos pero que se puede deber a falta de sueño, alimento, una infección o si está alterada nuestra presión arterial, entre otros factores que requieren ser organizados y descartar cada explicación para encontrar la que mejor se adecúa a ti. Así son los síntomas de ansiedad, se pueden deber a muchos factores de estrés, condiciones físicas como el dolor abdominal o porque tuvimos algún percance que sirve como una foto del momento pero que necesitamos organizar junto a tus otras pruebas y a tus factores de vida previos y actuales para encontrar la mejor ruta de manejarlos. Para eso te preparé el siguiente esquema (e mostraba el rotafolio con los niveles de leve, mínimo, moderado y severo de sintomatología ansiosa y una flecha de donde y cuantos puntos obtuvo el paciente) en que podemos ver los niveles de severidad que pueden cambiar o mantenerse a lo largo de las semanas, aquí se ubica nuestra primera evaluación en un nivel severo con 32 puntos, es decir, nos cuesta trabajo poder regular esta emoción y dentro de los síntomas que más nos dan lata están (se nombraban de acuerdo a su prueba) ¿Pasó*

algún evento en el momento de tu evaluación que fuera diferente o constante respecto a las semanas anteriores?"

Además se buscó validar las variables antecedentes al malestar como la dificultad para regular la sobrecarga cognitiva, la desregulación emocional y/o los hábitos en cuidados en la salud (abandono de prescripción farmacológica, plan alimenticio y/o indicaciones de los profesionales para sensibilizar en los módulos prioritarios a trabajar), este paso es obligatorio dentro del proceso de gestión de calidad de la sede que busca garantizar un servicio de calidad a los consultantes al hacerlos parte activa dentro de su tratamiento.

Sesión de validación de mapa y plan de tratamiento.

En esta sesión al igual que en la devolución de resultados, es un proceso obligatorio en la sede por lo cual se realizó en secuencia para que el paciente conozca el mapa de patogénesis, explicando cada una de las variables que lo componen, su relación con el motivo de consulta y sus resultados de la evaluación abordados previamente.

Posteriormente se mostró el mapa de alcance de metas y el plan de tratamiento, estableciendo el orden modular en que se llevaría a cabo y en los casos detectados, la participación de otros profesionales de la salud para comenzar el proceso de referencia para valoración o actualización del esquema de tratamiento médico-nutricional del caso.

Un ejemplo de lo que se decía al paciente respecto a los mapas era lo siguiente: *"Se llama mapa de patogénesis y nos ayuda a poner la información en estas cinco variables que explican cómo se organiza eso que nos da lata y nos trajo a consulta, que en tu caso definiste como (se utilizan las palabras del paciente al describir a qué se refería con dicho malestar). Este mapa consta de cinco variables, la primera la aquí (se señalaba el rotafolio pegado en la pared que se había preparado para la sesión) está tu variable de respuesta o motivo de consulta, esto es como estás reaccionando ante estos, que son las variables antecedentes o situaciones que detonan tu malestar y en tu caso son (se explicaban los eventos y se colocaba un ejemplo de lo abordado previamente. Esta relación nos va a traer consecuencias a corto, mediano y largo plazo que en tu caso se organizan aquí, en las variables de consecuencia (se leían e iban organizando de manera temporal con el paciente). Todo esto está mediado por las variables que tenemos en medio que se llaman variables organísmicas y son los resultados de tus pruebas que como mencionamos, son como una foto de cómo estamos sintiendo, pensando y actuando en la realidad y aquí también colocamos tus diagnósticos ya dados que son variables importantes por considerar. Para poder contextualizar de dónde vienen estas*

variables, tenemos la última, que se llama Variable a distancia que nos permiten poder entender la historia de tu vida y los eventos de estrés que marcaron un antes y un después en tu estado actual. Ahora empecemos a relacionar (se tomaba un plumón y se realizaban con el paciente las flechas y direccionalidad de un evento a otro entre las distintas variables y se sacaba el mapa de alcance de metas escrito en otro rotafolio) diciendo- Para esto entonces la meta hacia la que te propongo que trabajemos sea ésta (se señalaba), a través de los siguientes objetivos y estrategias (se leían y señalaban), que te acuerdas que dijimos que pertenecen a la terapia de tipo cognitivo-conductual en que buscamos un equilibrio entre lo que piensas, sientes, haces con las respuestas físicas que en este caso son gastrointestinales y (se mencionaban las comorbilidades del caso). Viéndolo así ¿Qué piensas? ¿Cómo lo ves? ¿Consideras que los objetivos cumplen tu expectativa del tratamiento? o ¿tienes alguna duda u observación que podríamos contemplar juntos?"

Módulo Psicoeducativo de la relación eje cerebro-intestino.

Para este módulo se diseñaron cuatro modelos en papel rotafolio de 90cm x 120 cm: el primero, con el esquema del sistema digestivo humano y las estructuras fisiológicas implicadas para la explicación del proceso digestivo; el segundo, con el sistema nervioso autónomo implicado en el eje cerebro-intestino y el tercero con un esquema de las dimensiones (física, cognitiva, conductual y emocional) de la ansiedad, depresión y enojo (anexo 22).

Se abordó mediante láminas la explicación desde el modelo bio-conductual y de estrés-distrés entre la conexión del sistema nervioso autónomo entérico, los síntomas gastrointestinales funcionales del Síndrome de Intestino Irritable y su relación con los hábitos de cuidado a la salud y regulación emocional/cognitiva (anexo 23). El criterio de cambio fue completar el formato "¿Qué sé del Síndrome de Intestino Irritable?" (anexo 24) con el 80% de información en los rubros en la evaluación posterior al módulo, en caso de no cumplirse se repetía el contenido enfatizando el rubro con menor puntuación.

Módulo de cuidado a la salud.

Se consideraba el diagnóstico del trastorno funcional gastrointestinal de Síndrome de Intestino Irritable (con el subtipo obtenido) además se incluyeron los diagnósticos crónicos o psiquiátricos que el paciente presentaba adicionalmente para detectar la relación del motivo de consulta y la falta de adherencia a los lineamientos prescritos por el especialista o el cambio de servicios en salud constantes en el paciente.

Realizando estrategias de Psicoeducación en los diagnósticos comprometidos, la relación con el malestar y los cuidados necesarios deficitarios o excesivos, así como el uso del kit cuatro del modelo de solución de problemas: toma de decisiones planificadas, para reactivar o implementar un plan de cuidado a la salud.

En los casos con necesidad de ser referidos a una valoración con otro especialista se realizaba el entrenamiento con el paciente mediante el uso del kit uno de exteriorización y el kit tres de Análisis funcional de la conducta, en que el producto obtenido era la lista de síntomas y eventos estresores (anexo 25) escrito por el paciente con sus propias palabras o ejemplos para describir la topografía de la conducta, así como el balance decisional de servicios para poder obtener su valoración y tratamiento específico acorde a sus necesidades y posibilidades de acceso, económicas y sociales.

Módulo de regulación fisiológica.

Se llevó a cabo en una sesión, el modelamiento y moldeamiento del entrenamiento en la estrategia de Respiración diafragmática y Relajación muscular progresiva, realizado el listado de grupos musculares y la toma de signos al inicio de la sesión, durante el entrenamiento y posterior al entrenamiento, en persona, así como en modalidad en línea en los meses de confinamiento ante la pandemia, tal como se muestra en la figura 12.

Figura 12. Entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva en modalidad en línea.



Se enviaron a los pacientes las indicaciones brindadas (anexo 26) en sesión como guía para el entrenamiento en casa, para el monitoreo de la ejecución de dichas estrategias se utilizó el Check-list de pasos a realizar que se usó posteriormente para corroborar que se cumplían el 85% de estos en el ensayo conductual que el solicitante ejecutaba en sesión (anexo 27).

Módulo de hipervigilancia a los síntomas gastrointestinales y/o afectivos.

Se mostraba al paciente la relación entre los procesos de ansiedad a la enfermedad (hipervigilancia) retomando el modelo bio-conductual del síndrome de intestino irritable, el efecto en el sistema nervioso autónomo y las consecuencias del paciente a través del mapa de patogénesis.

Entrenando este contenido mediante el uno de estrategias como el kit uno del modelo de solución de problemas (exteriorización) del auto registro de ACC (anexo 28) (kit tres) mediante el análisis funcional de la problemática para ejecutar el kit dos para el autocontrol y regulación de la sobrecarga cognitiva y/o desregulación emocional.

Generalmente esta estrategia en el orden de aplicación era de los últimos módulos que requiere el entrenamiento de las destrezas y precurrentes conductuales de regulación fisiológica, conocimiento del padecimiento y sus elementos y de las estrategias de manejo de estrés. Para la ejecución de esta se evaluaba el cumplimiento del 85% de los cuatro elementos de la cadena: detener, enlentecer, pensar y actuar (DEPA) en el Check list de cotejo (anexo 29)

Módulo de estrategias de manejo de estrés en áreas de vida.

Se entrenó en el uso del kit cuatro del modelo de solución de problema que busca realizar la toma de decisiones planificadas a través de la secuencia de sus cuatro elementos, en la cual se usó la lista de cotejo (anexo 30).

Aplicándose en las áreas de vida antecedentes a los niveles de sobre activación fisiológica, estrés o síntomas gastrointestinales, para la búsqueda y organización de alternativas de solución. Se realizaron ensayos conductuales para poder monitorear la ejecución o implementación de las estrategias obtenidas y el resultado de estas (figura 13).

Figura 13. Ejemplo del uso del modelo de solución de problemas realizado por los pacientes para un problema de pareja.

Alternativas	Ventajas	Desventajas
Seguir haciendo lo mismo	- Ya lo sé hacer - Me ayuda a no reaccionar de manera violenta hacia otros - No tengo que mentir sobre cómo me siento - La repetición me puede ayudar a ver cosas que antes de la terapia no veía, para entender mejor qué sucede	- Me desespera - Me activa de forma negativa para colitis - No hago sentir bien a las personas de la manera en la que me expreso - Mi forma de tomar tiempo puede causar ansiedad en la otra persona - No me gusta hacerlo
Aguantarme	- Ya lo he intentado y sé hacerlo - No hago sentir mal a los demás si no se enteran si algo me sucede - No hay discusiones por cosas que me molesten a mí	- Me hace sentir mal y triste todo el tiempo - No me gusta no poder expresar cómo me siento - No arregla el problema, sólo lo extiende - Me activa de forma negativa - Puedo llegar a explotar en algún momento si no lo digo
Cambiar la forma de decir las cosas	- Se puede llegar a un acuerdo - No altera las emociones del otro - El mensaje es claro - Yo entendería mejor el enojo - Autocontrol - Que la otra persona entienda mejor las situaciones	- Pensar que me van a "tomar la medida" - Explicar más veces la situación me desespera - No saber hacerlo - Que no se me tome en serio - Que me hiciera sentir más enojada
Irme	- Me ayuda a tranquilizarme y pensar - No digo cosas hirientes a la otra persona - Caminar o ver cosas en la calle me ayuda a distraerme del enojo para que éste no siga subiendo	- Puede sucederme algo en la calle por estar distraída - La otra persona se puede sentir abandonada o desesperada de no poder hablar - La solución al problema no llega si me voy, sólo se aplaza - No hay muchos lugares a dónde ir por aquí a pensar o caminar
Encerrarme a respirar	- Respirar me ayuda a tranquilizarme y estar sola me ayuda a poder ordenar mis ideas - Me da tiempo para desactivarme y poder hablar después - No me sigue si me encierro	- El baño es muy pequeño y me desespera estar encerrada ahí - No puedo pensar tan fácil porque la otra persona está tocando o mandando papelitos por debajo de la puerta - La otra persona se puede sentir abandonada si me encierro y no hablamos inmediatamente
Hablarle a alguien	- Cuando hablo con otras personas se me pasa el coraje - Me siento cómoda hablando de otros temas que no involucren el problema para calmarme	- La otra persona se puede sentir ignorada - Mis amigos se pueden sentir abrumados si les llamo muy alterada

Estructura de una sesión clínica.

Se iniciaba con la toma de las medidas fisiológicas si el paciente había llegado al menos quince minutos antes de su cita, si llegaba demorado o agitado se esperaba a tomar los signos vitales al final de la sesión.

Se revisaban las tareas dejadas previamente (diario de síntomas, aplicación de estrategias o barreras para poder llevar a cabo la tarea) para detenerse a resolver dicha problemática mediante el kit 4 del modelo de solución de problemas y la planificación de la ejecución de ésta para la siguiente sesión o bien, realizar el entrenamiento en el contenido del módulo en cuestión.

Es importante mencionar que no se llevó a cabo el avance a otro módulo o actividad sin resolver las tareas no ejecutadas o incompletas para poder avanzar gradualmente.

Al salir del consultorio de tratamiento individual, se realizaba la aplicación de los instrumentos de ansiedad y depresión de Beck de dicha semana en las mesas del pasillo del Centro de Servicios Psicológicos, así como el registro de la cita subsecuente en el carnet de citas del paciente.

Cuando este proceso se realizaba en línea ante el confinamiento se enviaba previamente el enlace de acceso a la sesión y se iniciaba acorde al horario asignado a cada paciente con un tiempo de duración de 50 minutos con el mismo formato que en la sesión presencial excepto por la toma de signos.

Sesión de Egreso.

Se realizaba una sesión previa la evaluación post test para poder mostrar los cambios observados a lo largo de sus sesiones, la relación entre los estresores de cada momento con la sintomatología afectiva o gastrointestinal y las medidas implementadas haciendo uso del kit de solución de problemas para la obtención de las alternativas y el balance de estas dentro del plan de prevención de recaídas.

Para la última sesión se llevaba a cabo la muestra de sus puntuaciones o cambios a lo largo del proceso al mostrarles sus gráficos y avances o recaídas, las razones de estas y las estrategias implementadas en ese momento para poder estabilizar el estado emocional o físico, reforzando sus logros y habilidades para poder fortalecer una perspectiva de "aprender a saber identificar qué de la situación es lo difícil y el cómo hacerle frente a ello" más que una visión de "me curé o no debo recaer".

Se tomaban signos y se entregaba el carnet de auto cuidado con la información clave y cada estrategia entrenada durante las sesiones (anexo 31) y se programaban los seguimientos, la modalidad de estos y la estructura que estos tendrían. En la modalidad en línea se mostraron los resultados parciales en los signos vitales y se llevaba a cabo la misma estructura mencionada.

Por protocolo institucional los pacientes respondían un instrumento de validación social de satisfacción con el servicio recibido y la efectividad de los cambios logrados el cual era anexado al expediente clínico y en los meses de tratamiento en línea se pedía fuera enviado al correo institucional del programa al cual sería recibido por la supervisora de la sede para evitar deseabilidad social en la medida de lo posible.

Sesión de seguimiento.

Se daba monitoreo de la frecuencia e intensidad de la última semana de cada síntoma gastrointestinal y afectivo enlistado en el diario de síntomas, las barreras presentes para el cumplimiento de las estrategias de regulación afectiva, de salud o interpersonal y se hacía uso del modelo de solución de problemas en caso de existir alguna.

Se aplicaban o enviaban instrumentos de ansiedad, depresión, enojo y sensibilidad visceral para el monitoreo de síntomas. Se acordaba el siguiente seguimiento y la modalidad de este, se reforzaban los logros que el paciente tenía en el mantenimiento de la estrategia y del manejo de recaídas y por último se consultaba si había dudas con el uso de su carnet de cuidado a la salud o con su especialista.

En los casos en los que se incluyó a un cuidador primario, también se hizo seguimiento a estos para poder corroborar su percepción de los cambios mantenidos en su familiar que recibió el tratamiento.

Consideraciones importantes para la réplica de la intervención.

La cantidad, orden y duración de exposición a cada módulo del tratamiento se determinó mediante el mapa de patogénesis de las necesidades clínicas de cada solicitante, tomando como punto de cambio o avance el cumplimiento del criterio establecido por módulo (figura 14). Fueron sesiones semanales de 50 minutos de duración, en un horario y día fijo con un rango de tiempo desde el inicio al egreso de doce a dieciocho sesiones, en un tiempo estimado de tres a cuatro meses y medio.

No se utilizaron incentivos económicos para el mantenimiento de los pacientes en el tratamiento, pero se hizo uso del reforzamiento del avance terapéutico y la motivación en cada caso, en los pacientes que no concluyeron el protocolo se hizo seguimiento para poder determinar la causa y dar alternativas de apoyo a dichas barreras, buscando no dejar a ningún participante sin apoyo psicológico.

Figura 14. Criterios de cambio por módulo aplicados en los pacientes del protocolo de intervención.

MÓDULO	ANTE
Psicoeducativo de la relación eje cerebro-intestino	• Cumplir con el 80% del formato de "¿Qué sé sobre mi diagnóstico?
Cuidado a la salud	• Establecimiento de horarios para las conductas de cuidado a la salud acorde a la prescripción médica • Acudir a su cita con el servicio de salud o especialista requerido • Iniciar y mantener la toma de medicamentos para el manejo de síntomas gastrointestinales y afectivos durante al menos 4 a 6 semanas. • Disminución de intensidad de síntomas gastrontestinales en los diarios de síntomas
Regulación fisiológica	• Aumento en un 60% de los tiempos de realización los 8 ciclos de respiraciones diafragmáticas • Al menos 5 mediciones estables en las medidas fisiológicas de presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura corporal. • Cumplimiento de los pasos y secuencia entrenada en los ensayos conductuales realizados en sesión (mediante el check list). • Disminución de sintomatología ansiosa, depresiva y de enojo en al menos 5 mediciones.
Hipervigilancia a los síntomas afectivos y/o emocionales	• Cumplimiento de los 4 pasos y la secuencia entrenada en los ensayos conductuales realizados en sesión (mediante el check list). • Disminución del puntaje en el Índice de Sensibilidad Visceral
Estrategias de manejo de estrés en áreas de vida	• Cumplimiento de los 4 pasos y la secuencia entrenada en los ensayos conductuales realizados en sesión (mediante el check list). • Puntajes mayores en orientación positiva al problema y solución planificada, respecto a la medición previa. • Puntajes menores en orientación negativa al problema y solución evitativa e impulsiva, respecto a la medición previa.

Análisis de los datos.

Para los datos de las fases uno, de detección de necesidades y dos, de detección de síntomas gastrointestinales específicos al ser variables categóricas y buscar conocer el grado de relación de las características de dichos pacientes con los síntomas e impacto afectivo, se realizaron tablas de contingencia para conocer la intensidad de la relación de las variables además de las tablas de frecuencias respecto al número de consultantes de cada período evaluado.

También se realizaron análisis de ji cuadrada para determinar la relación entre las variables socio demográficas o de intensidad de síntomas gastrointestinales con los síntomas afectivos y la presencia y ausencia de los principales criterios sintomatológicos del cuadro de Síndrome de Intestino Irritable, tomando como punto de significancia los valores menores o iguales a $p=0.05$.

Además, se catalogaron las variables reportadas en los pacientes en los cinco rubros del mapa de patogénesis que señala Nezu y Nezu (2006), para identificar la evolución de las patologías y salud

mental, conductual-afectivo-cognitivo y gastrointestinal, los estímulos antecedentes más frecuente para delimitar los contenidos temáticos de los módulos y las demandas más frecuentes en los pacientes para la consulta psicológica que conllevan diagnósticos orgánicos crónicos o agudos.

Para la fase tres en que se aplicó la intervención modular se ejecutó el análisis del porcentaje de cambio clínico objetivo que permite la estimación, respecto al punto de corte, en la característica o variable a partir de la cual se denomina como funcional. Al ser características que se busca entrenar o incrementar el valor es positivo mientras que en las características que se buscan disminuir se obtendrá un valor negativo como resultante de las modificaciones terapéuticas, este es expresado en un porcentaje que se considera significativo cuando es mayor a 20% (Cardiel, 1994).

También se llevó a cabo la estimación del tamaño del efecto, mediante el análisis estadístico de no solapamiento de todos los pares (NAP) para discriminar de mejor forma entre las fases de línea base y la de tratamiento como un porcentaje del área bajo la curva que facilita su uso en amplia variedad de datos y la medición de los cambios visuales de jueces expertos y no está limitada a una forma de distribución hipotética siendo útil en diseños de tipo A-B (Parker y Vannest, 2009).

Los índices de no traslapes (NAP) son más robustos que los índices de cambios con medias, modas o medianas entre fases ya que consideran los valores individuales de todos los puntos de datos en comparaciones por pares entre fases (Kazdin, 2011; Parker, Vannest y Davis, 2011; Sanz y García-Vera, 2015). El índice de cambio clínicamente objetivo y el análisis NAP se realizaron en los síntomas psicológicos (sintomatología ansiosa, depresiva y enojo) y somáticos (gastrointestinales y fisiológicos) por caso.

También se obtuvieron indicadores cualitativos durante la intervención y los respectivos mapas de patogénesis de cada caso y las observaciones relacionadas a los cambios obtenidos en las áreas de vida implicadas como consecuencias o antecedentes al malestar gastrointestinal que se muestran en el anexo 32 y el análisis de frecuencias de casos con mejoría, mantenimiento o empeoramiento respecto a los síntomas psicológicos y somáticos así como el mapa de patogénesis con los factores que fueron más frecuentes en el total de consultantes atendidos que se muestra a continuación.

RESULTADOS

Fase 1. Detección de necesidades

Características socio demográficas.

Se revisaron ciento treinta y cinco expedientes clínicos de consultantes derivados al programa de Medicina Conductual analizando las características socio demográficas, motivos de consulta y síntomas gastrointestinales. Se encontró que la mayoría de los consultantes fueron hombres y el estado civil más frecuente contemplando ambos sexos fueron los solteros.

Se clasificó por etapa vital a los consultantes encontrando una mayor demanda de los 18 a 64 años, correspondiente a la adultez y adultez joven que puede explicarse por el objetivo del programa de servicio a esta población principalmente. Además, el 45.9% reportó una escolaridad máxima o en curso de licenciatura debido a la ubicación del Centro de Servicios que incrementa la accesibilidad de esta población a las instalaciones (ver tabla 1).

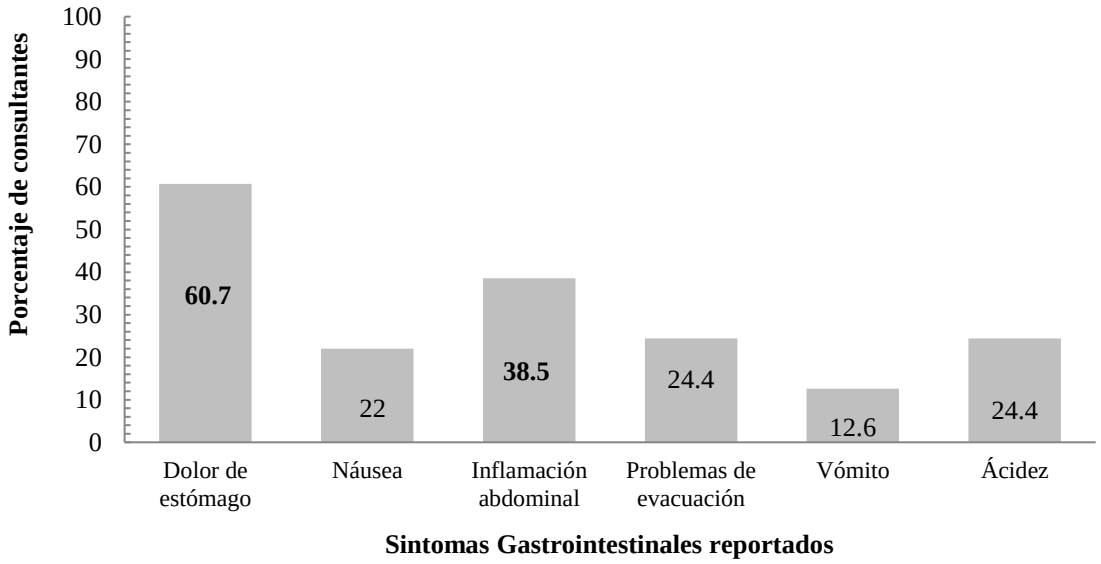
Tabla 1. Características de los pacientes en el periodo de enero-junio 2018

Variable	Frecuencia (n=135)	%
Sexo		
Femenino	66	48.9
Masculino	69	51.1
Estado Civil		
Soltero	105	77.8
Casado	12	8.9
Unión libre	11	8.1
Divorciado	7	5.2
Edad		
Niñez (5-13)	2	1.5
Adolescencia (14-17)	6	4.4
Adultez joven (18-35)	96	71.1
Adultez (35-64)	28	20.7
Adultez mayor (Mayor de 65)	3	2.2
Escolaridad		
Sin Escolaridad	4	2.9
Primaria	9	6.7
Secundaria	15	11.1
Bachillerato	24	17.8
Licenciatura	62	45.9
Posgrado	21	15.6

Síntomas Gastrointestinales.

En cuanto a los síntomas gastrointestinales reportados (figura 15), el 60.7% refirió "malestar o dolor abdominal" como parte de los síntomas que identificaba tener o usaban términos como "dolor en la panza, dolor de estómago y dolor de vientre" al redactar los motivos de consulta, seguido de la inflamación abdominal con 38.5% además de los problemas de evacuación y la acidez, ambos con un 24.4%.

Figura 15. Síntomas gastrointestinales referidos por los pacientes de consulta externa psicológica (porcentajes)



Nota: n=135

Se encontraron diferencias en la proporción de inflamación abdominal reportada por los pacientes respecto al sexo (X^2=7.188, gl=1, p .008) (tabla 2) siendo más frecuente en las mujeres (50%) que en los hombres (27.5%) sin embargo estas diferencias no fueron significativas al relacionar a la edad o el estado civil del paciente.

Otro síntoma que mostró diferencias significativas en cuanto a los distintos grupos de edad (X^2=10.266, gl=4, p .036) y el estado civil (X^2= 11.687, gl=3, p .009) fueron los problemas de evacuación relacionados a los consultantes del grupo de adultos (46.4%) y adultos jóvenes (19.8%) respecto a los otros momentos de vida, en cuanto al estado civil en el síntoma de náusea (X^2=7.901, gl=3, p .048) las personas en unión libre (54.5%) obtuvieron una mayor proporción y respecto a los problemas de evacuación (X^2=11.687, gl=3, p .009) se presentó en mayor frecuencia en consultantes en unión libre (54.5%) y casados (50%) (Ver tabla 3 y 4).

Tabla 2. Relación entre el sexo de los pacientes con los síntomas gastrointestinales reportados

Síntoma Gastrointestinal	Sexo		p
	Femenino n (%)	Masculino n (%)	
Con dolor abdominal	43 (65.2)	39 (56.5)	0.378
Sin dolor abdominal	23 (34.8)	30 (43.5)	
Con inflamación abdominal	33 (50)	19 (27.5)	**0.008***
Sin inflamación abdominal	33 (50)	50 (72.5)	
Con problemas de evacuación	21 (31.8)	12 (17.4)	0.71
Sin problemas de evacuación	45 (68.2)	57 (82.6)	
Con náuseas	16 (24.2)	14 (20.3)	0.70
Sin náuseas	50 (75.8)	55 (79.7)	
Con vómito	9 (13.6)	8 (11.6)	.798
Sin vómito	57 (86.4)	61 (88.4)	
Con acidez	12 (18.2)	21 (30.4).	.112
Sin acidez	54 (81.8)	48 (69.6)	

Nota: n= 135; *p=<0.05

Tabla 3. Relación entre estado civil de los pacientes y los síntomas gastrointestinales reportados

Síntoma Gastrointestinal	Estado civil				p
	Soltero n (%)	Casado n (%)	Unión libre n (%)	Divorciado n (%)	
Con dolor abdominal	62 (59)	6 (50)	10 (90.9)	4 (57.1)	.176
Sin dolor abdominal	43(41)	6 (50)	1 (9.1)	3 (42.9)	
Con inflamación abdominal	38 (36.2)	6 (50)	6 (54.5)	2 (28.6)	.495
Sin inflamación abdominal	67 (63.8)	6 (50)	5 (45.5)	5 (71.4)	
Con problemas de evacuación	20 (19)	6 (50)	6 (54.5)	1 (14.3)	**.009***
Sin problemas de evacuación	85 (81)	6 (50)	5 (45.5)	6 (85.7)	
Con náuseas	19 (18.1)	3 (25)	6 (54.5)	2 (28.6)	**.048***
Sin náuseas	86 (81.9)	9 (75)	5 (45.5)	5 (71.4)	
Con vómito	14 (13.3)	1 (8.3)	1 (9.1)	1 (14.3)	.942
Sin vómito	91 (86.7)	11 (91.7)	9.6 (90.9)	6 (85.7)	
Con acidez	29 (27.6)	1 (8.3)	1 (9.1)	2 (28.6)	.292
Sin acidez	76 (72.4)	11 (91.7)	10 (90.9)	5 (71.4)	

Nota: n= 135; *p=<0.05

Tabla 4. Relación entre las edades de los pacientes con los síntomas gastrointestinales reportados

Síntoma Gastrointestinal	Grupos de edad					p
	Niñez n (%)	Adolescencia n (%)	Adultez joven n (%)	Adultez n (%)	Adultez mayor n (%)	
Con dolor abdominal	0 (0)	3 (50)	58 (60.4)	20 (71.4)	1 (33.3)	.225
Sin dolor abdominal	2(100)	3 (50)	38 (39.6)	8 (28.6)	2 (66.7)	
Con inflamación abdominal	0 (0)	4 (66.7)	33 (34.4)	14 (50)	1 (33.3)	.235
Sin inflamación abdominal	2(100)	2 (33.3)	63 (65.6)	14 (50)	2 (66.7)	
Con problemas de evacuación	0 (0)	1 (16.7)	19 (19.8)	13 (46.4)	0 (0)	**.036***
Sin problemas de evacuación	2(100)	5 (83.3)	77 (80.2)	15 (53.6)	3 (100)	
Con náuseas	1 (50)	0 (0)	17 (17.7)	11(39.3)	1 (33.3)	.070
Sin náuseas	1 (50)	6 (100)	79 (82.3)	17 (60.7)	2 (66.7)	
Con vómito	0 (0)	2 (33.3)	11 (11.5)	4 (14.3%)	0 (0.0)	.517
Sin vómito	2(100)	4 (66.7)	85 (88.5)	24 (85.7%)	3 (100)	
Con acidez	1 (50)	0 (0)	27 (28.1)	4 (14.3)	1 (33.3)	.283
Sin acidez	1 (50)	6 (100)	69 (100)	24 (85.7)	2 (66.7)	

Nota: n= 135; *p=<0.05

En cuanto a los síntomas de acidez y vómito no se vieron estadísticamente relacionados a las variables de sexo, edad o estado civil, lo mismo que ocurrió con el dolor abdominal a pesar de ser el más frecuente en el reporte de síntomas en comparación a los otros síntomas.

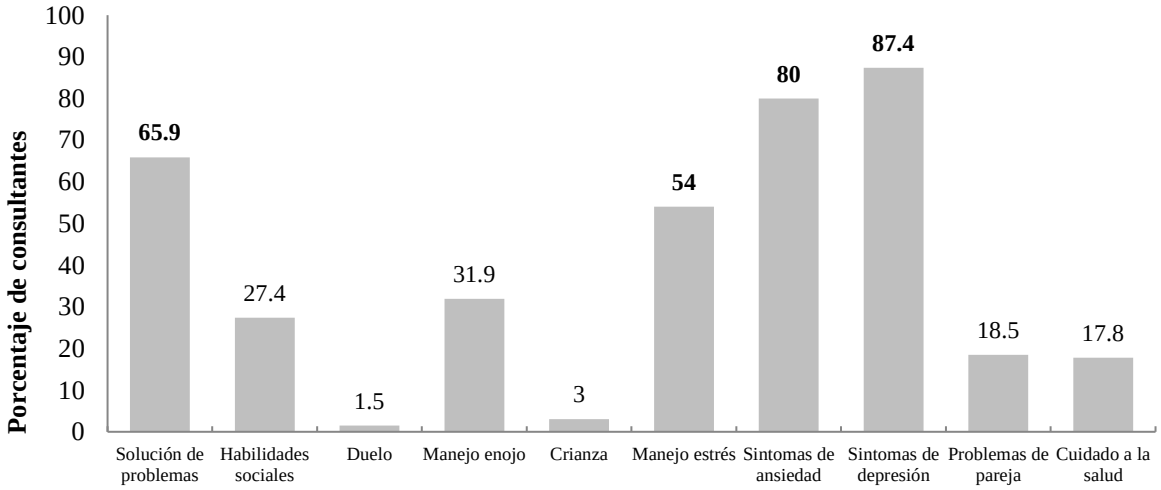
Motivos de consulta y diagnósticos médico-psiquiátricos.

Respecto a los principales motivos que presentaron los pacientes fueron agrupados en categorías donde el manejo de emociones como la sintomatología depresiva (87.4%) y ansiosa (80%) fueron los principales y en tercer lugar el manejo de enojo (31.9%).

En cuanto a las habilidades que fueron más frecuentes fue el déficit de solución de problemas (65.9%), manejo del estrés (54%) y un déficit en habilidades sociales (27.4%) sin embargo no se contaron con indicadores específicos de las variables moderadoras o de mantenimiento del malestar (ver figura 16).

Es importante mencionar que la frecuencia elevada para el tratamiento en síntomas ansiosos y depresivos no necesariamente significa que dicha población presente un padecimiento psiquiátrico previo u obligatorio ya que estos se exacerban ante condiciones de estrés agudo o déficits conductuales.

Figura 16. Motivos de consulta referidos por los pacientes (porcentajes).

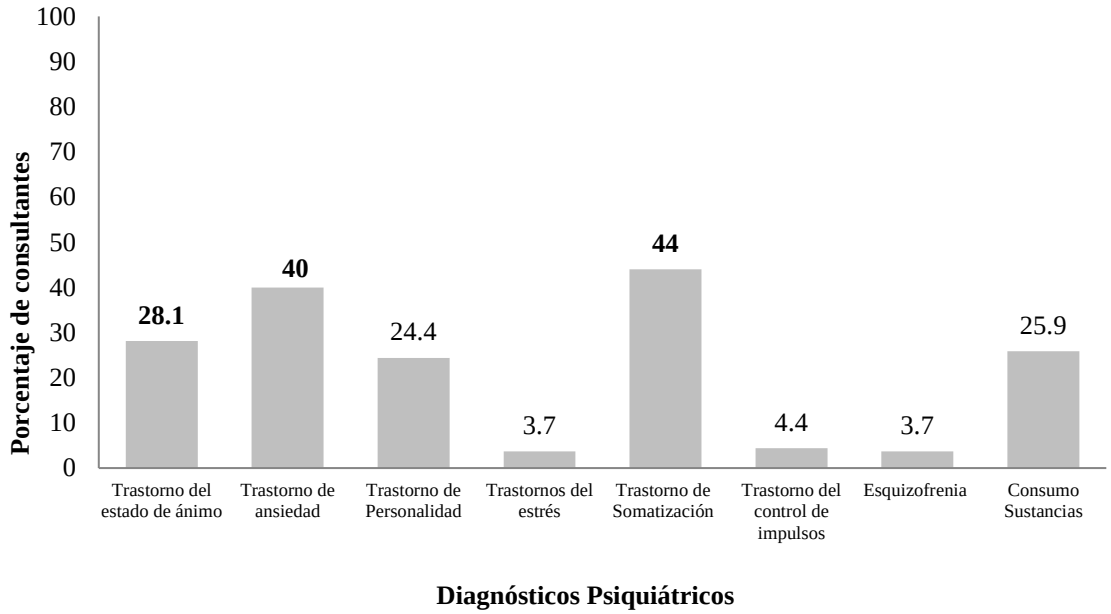


Nota: n= 135 consultantes

Se revisaron documentos oficiales emitidos por el especialista en salud mental que los pacientes presentaron a su ingreso a la sede o los mencionados durante el llenado de su ficha de identificación y se encontró una mayoría de pacientes con trastornos de síntomas somáticos (44%), trastornos de ansiedad (40%), del estado de ánimo (28.1%) y de personalidad en que se incluyeron principalmente al Trastorno límite, dependiente, obsesivo (24.4%), para el consumo de sustancias se incluyeron

cuando presentaron un consumo perjudicial y no se pudo determinar si había dependencia fisiológica (25.9%) tal como se muestra en la figura 17.

Figura 17. Frecuencia de diagnósticos médico-psiquiátricos reportados por los pacientes (porcentajes)



Nota: n= 135 consultantes

Fase 2. Detección de síntomas gastrointestinales específicos

Características socio demográficas.

Se analizaron los datos de los consultantes del período de agosto a diciembre de 2018, de los cuales en su mayoría fueron mujeres (63.4%), solteros (68.3%) manteniendo la etapa de edad de adultez (26.8%) y adultez joven (63.4%) que representan más del noventa por ciento de la demanda del centro de Servicios (tabla 5). En cuanto a la escolaridad fue mayor la demanda de pacientes con escolaridad de Licenciatura (35.4%) en curso o como máximo grado de estudios, seguido del nivel posgrado (23.3%) y Bachillerato (20.7%) que conformaron más de dos terceras partes de los consultantes (79.3%). Los cuales fueron similares a los obtenidos en el paso previo de revisión, reiterando la disponibilidad de acceso de la población a la sede.

Sintomatología depresiva, ansiosa y gastrointestinal.

Tras la aplicación del instrumento de check List de síntomas gastrointestinales durante la primera sesión de tratamiento y la revisión de los puntajes obtenidos en los Inventarios de ansiedad, se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas en niveles de sintomatología ansiosa moderada-

severa en la frecuencia de dolor abdominal (X^2=19.034, gl=3, p .000), Distensión abdominal (Incremento del tamaño del vientre) (X^2= 8.297, gl=3, p .040) en el cual los consultantes señalaron con mayor frecuencia que este ocurría en las tardes-noches y tras alimentos específicos (frijoles, habas, brócoli o calabazas, alimentos picantes o fritos) y en el síntoma de náuseas (X^2=9.040, gl=3, p .029) siendo los síntomas gastrointestinales más frecuentes en pacientes con niveles de más intensos de sintomatología ansiosa (véase en tabla 6).

Tabla 5. Datos sociodemográficos de los consultantes de la segunda fase del estudio

Variable	Frecuencia (n=82)	%
Sexo		
Femenino	52	63.4
Masculino	30	36.6
Estado Civil		
Soltero	56	68.3
Casado	12	14.6
Unión libre	10	12.2
Divorciado	4	4.9
Edad		
Adolescencia (14-17)	7	8.5
Adultez joven (18-35)	52	63.4
Adultez (35-64)	22	26.8
Adultez mayor (Mayor de 65)	1	1.2
Escolaridad		
Sin Escolaridad	3	3.7
Primaria	8	9.7
Secundaria	6	7.3
Bachillerato	17	20.7
Licenciatura	29	35.4
Posgrado	19	23.2

Nota: n= 82 consultantes

Tabla 6. Relación entre síntomas gastrointestinales y nivel de sintomatología ansiosa del Inventario de Beck.

Síntoma Gastrointestinal	Sintomatología ansiosa				p
	Mínimo n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	
Con dolor abdominal	0 (0)	8 (40)	16 (57.1)	20 (80)	**.00***
Sin dolor abdominal	9 (100)	12 (60)	12 (42.9)	5 (20)	
Con sensación de hinchazón abdominal	1(11.1)	8 (40)	10 (35.7)	14 (56)	.112
Sin sensación de hinchazón abdominal	8 (88.9)	12 (60)	18 (64.3)	11 (44)	
Con hipervigilancia a malestar intestinal	1 (11.1)	7 (35)	12 (42.9)	15 (60)	.065
Sin hipervigilancia a malestar intestinal	8 (88.9)	13 (65)	16 (57.1)	10 (40)	
Con flatulencias	4 (44.4)	7 (35)	13 (46.4)	13 (52)	.723
Sin flatulencias	5 (55.6)	13 (65)	15 (53.6)	12 (48)	
Con náuseas	1 (11.1)	4 (20)	10 (35.7)	14 (56)	**.029***
Sin náuseas	8 (88.9)	16 (80)	18 (64.3)	11 (44)	
Con reflujo	1 (11.1)	8 (40)	9 (32.1)	13 (52)	.152
Sin reflujo	8 (88.9)	12 (60)	19 (67.9)	12 (48)	
Con disfagia	0 (0)	0 (0)	1 (3.6)	3 (12)	.229
Sin disfagia	9 (100)	20 (100)	27 (96.4)	22 (88)	
Con eructos	2 (22.2)	3 (15)	9 (32.1)	7 (28)	.585
Sin eructos	7 (77.8)	17 (85)	19 (67.9)	18 (72)	
Con sensación de saciedad	3 (33.3)	8 (40)	17 (60.7)	17 (68)	.133
Sin sensación de saciedad	6 (66.7)	12 (60)	11 (39.3)	8 (32)	
Con diarrea	0 (0)	4 (20)	10 (35.7)	10 (40)	.089

Sin diarrea	9 (100)	16 (80)	18 (64.3)	15 (60)	
Con estreñimiento	3 (33.3)	5 (25)	12 (42.9)	15 (60)	.114
Sin estreñimiento	6 (66.7)	15 (75)	16 (57.1)	10 (40)	
Con distensión abdominal	3 (33.3)	14 (70)	13 (46.4)	19 (76)	**.040***
Sin distensión abdominal	6 (66.7)	6 (30)	15 (53.6)	6 (24)	
Con urgencia por orinar	3 (3.33)	3 (15)	13 (46.4)	13 (52)	.061
Sin urgencia por orinar	6 (66.7)	17 (85)	15 (53.6)	12 (48)	

Nota: considerando una n=82, * p <0.05

En cuanto a la sintomatología depresiva se realizó el análisis del grado de relación entre los niveles de sintomatología depresiva reportada por el inventario de Beck con la frecuencia de síntomas gastrointestinales y se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas con síntomas gastrointestinales específicos con la distensión abdominal (X^2=10.468, gl=3, p .015), náusea (X^2=7.857, gl=3, p .049) y dolor abdominal (X^2=8.398, gl=3, p .038), variando en la frecuencia en que estos se presentan en función del nivel de sintomatología (tabla 7).

Tabla 7. Relación entre síntomas gastrointestinales y nivel de sintomatología depresiva del Inventario de Beck

Síntomas Gastrointestinales	Sintomatología Depresiva				p
	Mínimo n (%)	Leve n (%)	Moderado n (%)	Severo n (%)	
Con dolor abdominal	4 (50)	6 (33.3)	15 (48.4)	19 (76)	**.038***
Sin dolor abdominal	4 (50)	12 (66.7)	16 (51.6)	6 (24)	
Con sensación de hinchazón abdominal	1 (12.5)	8 (44.4)	12 (38.7)	12 (48)	.341
Sin sensación de hinchazón abdominal	7 (87.5)	10 (55.6)	19 (61.3)	13 (52)	
Con hipervigilancia a malestar intestinal	2 (25)	7 (38.9)	11 (35.5)	15 (60)	.183
Sin hipervigilancia a malestar intestinal	6 (75)	11 (61.1)	20 (64.5)	10 (40)	

Con flatulencias	6 (75)	7 (38.9)	14 (45.2)	10 (40)	.330
Sin flatulencias	2 (25)	11 (61.1)	17 (54.8)	15 (60)	
Con náuseas	0 (0)	5 (27.8)	11 (35.5)	13 (52)	**.049***
Sin náuseas	8 (100)	13 (72.2)	20 (64.5)	12 (48)	
Con reflujo	1 (12.5)	6 (33.3)	11 (35.5)	13 (52)	.208
Sin reflujo	7 (87.5)	12 (66.7)	20 (64.5)	12 (48)	
Con disfagia	0 (0)	0 (0)	1 (3.2)	3 (12)	.236
Sin disfagia	8 (100)	18 (100)	30 (96.8)	22 (88)	
Con eructos	2 (25)	7 (38.9)	5 (16.1)	7 (28)	.361
Sin eructos	6 (75)	11 (61.1)	26 (83.9)	18 (72)	
Con sensación de saciedad	4 (50)	9 (50)	17 (54.8)	15 (60)	.916
Sin sensación de saciedad	4 (50)	9 (50)	14 (45.2)	10 (40)	
Con diarrea	1 (12.5)	4 (22.2)	11 (35.5)	8 (32)	.535
Sin diarrea	7 (87.5)	14 (77.8)	20 (64.5)	17 (68)	
Con estreñimiento	3 (37.5)	5 (27.8)	14 (45.2)	13 (52)	.442
Sin estreñimiento	5 (62.5)	13 (72.2)	17 (54.8)	12 (48)	
Con distensión abdominal	1 (12.5)	9 (50)	22 (71)	17 (68)	**.015***
Sin distensión abdominal	7 (87.5)	9 (50)	9 (29)	8 (32)	
Con urgencia por orinar	3 (37.5)	5 (27.8)	12 (38.7)	12 (48)	.612
Sin urgencia por orinar	5 (62.5)	13 (72.2)	19 (61.3)	13 (52)	

Nota: considerando una n=82, * p <0.05

Grado de dolor abdominal percibido y de afectación de los síntomas.

Se clasificaron los niveles de intensidad del dolor intestinal y grado de afectación mediante una escala visual análoga de la cual se dividió como nulo a quienes eligieron la puntuación de 0, Bajo= de 1 a 4, Medio=si eligieron el número 5, Moderado=en un rango de 6 a 9 puntos y Alto=al elegir el 10.

Se encontró una relación importante entre el grado de dolor abdominal percibido y calificado mediante la escala y el grado de afectación que tenían debido a los síntomas gastrointestinales señalados. Siendo estadísticamente significativa mayor la afectación (X2= 41.844, gl=16, p .000) conforme era mayor la percepción del dolor (tabla 8).

Tabla 8. Relación entre el grado de dolor abdominal percibido con el grado de afectación ante los síntomas gastrointestinales en los consultantes.

Grado de dolor abdominal percibido	Grado de afectación percibida ante los síntomas					p
	NULO	BAJO	MEDIO	MODERADO	ALTO	
NULO	16	16	2	4	0	**.000***
	76.2%	59.3%	20.0%	18.2%	0.0%	
BAJO	3	6	1	2	0	
	14.3%	22.2%	10.0%	9.1%	0.0%	
MEDIO	1	0	**2**	2	0	
	4.8%	0.0%	**20.0%**	9.1%	0.0%	
MODERADO	0	4	**5**	**12**	**1**	
	0.0%	14.8%	**50.0%**	**54.5%**	**50.0%**	
ALTO	1	1	0	2	**1**	
	4.8%	3.7%	0.0%	9.1%	**50.0%**	

Nota: considerando una n=82, * p <0.05

Síntomas de alarma y factores que exacerban el malestar psicológico.

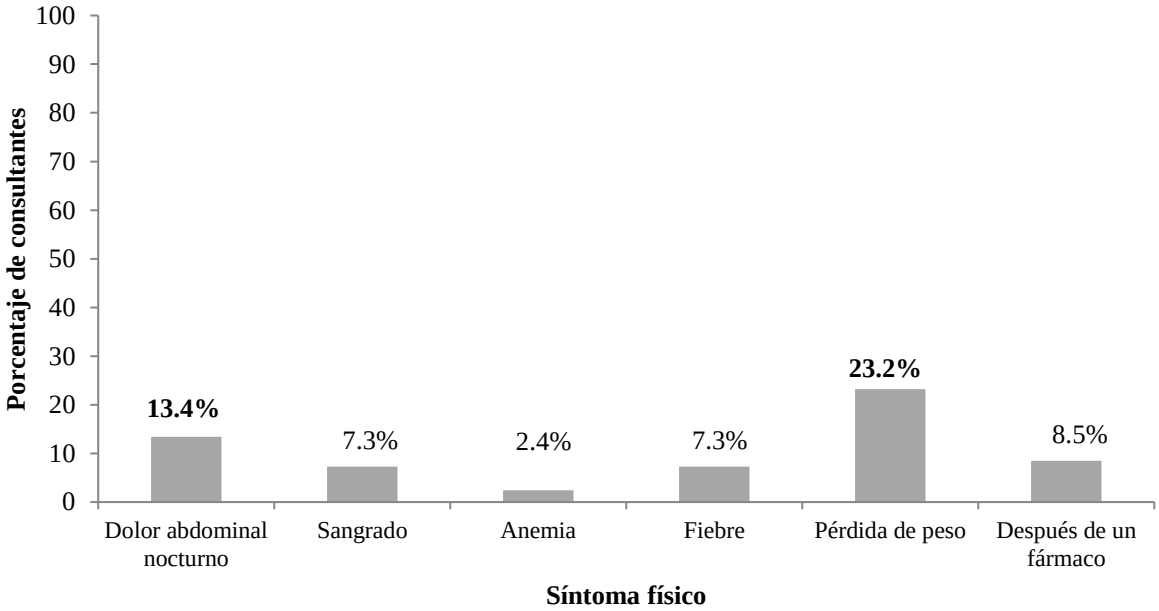
Se encontró mayor frecuencia del síntoma de pérdida de peso mayor a cinco kilos en el último mes (23.2%) y dolor abdominal nocturno (13.4%) (Figura 18), contemplando las razones de los pacientes para la pérdida de peso se encontró estar bajo un régimen alimenticio con dicho objetivo, otros consultantes lo asociaron a los niveles de sintomatología ansiosa o depresiva que los llevaba a la pérdida de apetito, condiciones de Anemia o bien, desconocimiento de una razón. En cuanto al dolor abdominal nocturno se encontraron razones como ser pacientes sobrevivientes de cáncer, asociado al consumo de alimentos o alcohol y desconocimiento.

En estos casos al detectarse se les realizó la devolución de este y la inclusión de un plan de cuidado a la salud dentro de sus tratamientos con el psicólogo del equipo de Medicina Conductual a cargo del caso para derivar a una revisión general con el médico especialista a la par de su tratamiento psicológico.

En cuanto a los factores psicológicos que mantienen y exacerban los motivos de consulta de los consultantes se encontraron variables relacionadas a las áreas académicas, sociales, de salud y económicas que permitieron el desarrollo de la intervención en los módulos. Se definieron las dificultades de manejo de estrés en las demandas académicas específicas al ingreso a la universidad o en el egreso tras el cumplimiento del requisito de titulación como la tesis o prácticas profesionales, así como de relación con superiores y pares en población en situación académica en curso.

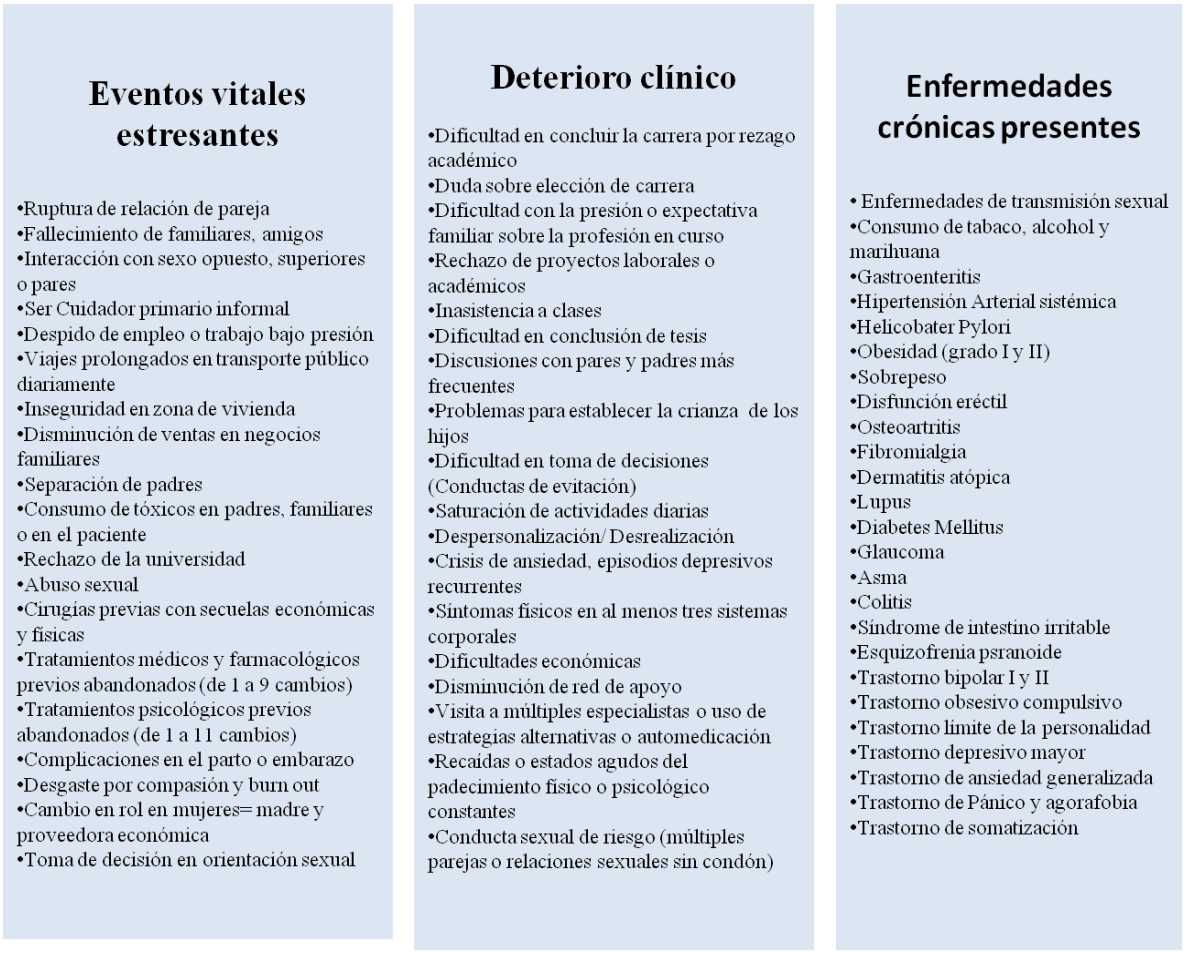
En cuanto a la población abierta los estresores fueron orientados hacia la presión laboral por la dificultad en la relación con superiores o pares, así como en la cantidad de trabajo que les era asignados, así como familiares y de crianza o de ingreso económico. Ambos tipos de población presentan motivos comunes como la inseguridad, largos desplazamientos a lugares de trabajo o estudio y dificultad en el seguimiento de tratamientos de salud para sus padecimientos médicos así como el abandono o cambio de profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos) y la dificultad de acudir con especialistas en salud por los ingresos económicos dado que la mayoría de ellos pertenecía a un estatus socioeconómico medio-bajo, estos motivos se enlistan en la figura 19.

Figura 18. Síntomas de alarma reportados en los consultantes de la sede (porcentajes)



Nota: n= 82 consultantes

Figura 19. Listado de variables de mantenimiento y exacerbación de problemas psicológicos detectados en los consultantes de la sede



Nota: n= 82 consultantes

Fase 3. Intervención

Mapa de Patogénesis general.

Acorde a la teoría establecida por Nezu, Nezu y Lombardo (2006), los mapas de patogénesis permitieron partir de las variables de respuesta (VR) en que se focalizó el objetivo a trabajar en el proceso de atención tal como el paciente lo solicitó en su motivo de consulta, en la figura 20 se muestra como principales motivos de consulta la sintomatología ansioso-depresiva con los síntomas más frecuentemente reportados como la preocupación constante o los pensamientos catastróficos y anticipatorios así como de rumiación o saturación cognitiva y de pérdida de interés, miedo, tristeza, llanto o tensión muscular que se relacionaban con la hipersensibilidad visceral presente. in embargo, para mayor detalle por caso se puede revisar el anexo 32.

Estos síntomas fueron más frecuentes ante situaciones de estrés (variables antecedentes- VA) académico como la presentación de exámenes, la carga académica que a su vez se relacionó con dos sucesos vitales importantes como el ingreso y egreso de los estudiantes a los niveles licenciatura y posgrado, así como a los hábitos de estudio. A su vez, eran frecuentes los factores de estrés económico y relacional con problemas de pareja, familia, compañeros de escuela y crianza tras el cambio de domicilio o movilidad por el inicio o conclusión de estudios. Para el protocolo se indagaron los hábitos alimenticios presentes al momento de ingresar al servicio encontrando ayunos prolongados, baja cantidad consumida de agua y una ingesta de alimentos irritantes o con alto contenido de grasas.

Esto generó consecuencias (variables de consecuencia-VC) como problemas de concentración y atención que a su vez impactaban en la memorización y en su posterior impacto en las actividades académicas (exámenes, presentaciones o tesis) además de la exacerbación de los síntomas gastrointestinales del Síndrome de intestino irritable y de dolor crónico en diversas zonas corporales, así como la alteración del sueño y del apetito. Otras de las consecuencias fueron en el área afectiva con mayor irritabilidad o enojo en algunos de los pacientes, así como exacerbar los síntomas ansiosos y depresivos.

En cuanto al ámbito conductual se encontró el déficit de solución de problemas sociales o afectivos y la toma de decisiones, así como el aislamiento social y el deterioro académico con el rezago o postergación de materias y procesos de titulación además de dificultades en las habilidades sociales y con ello las oportunidades profesionales o laborales y mayor visita de especialistas o toma de fármacos.

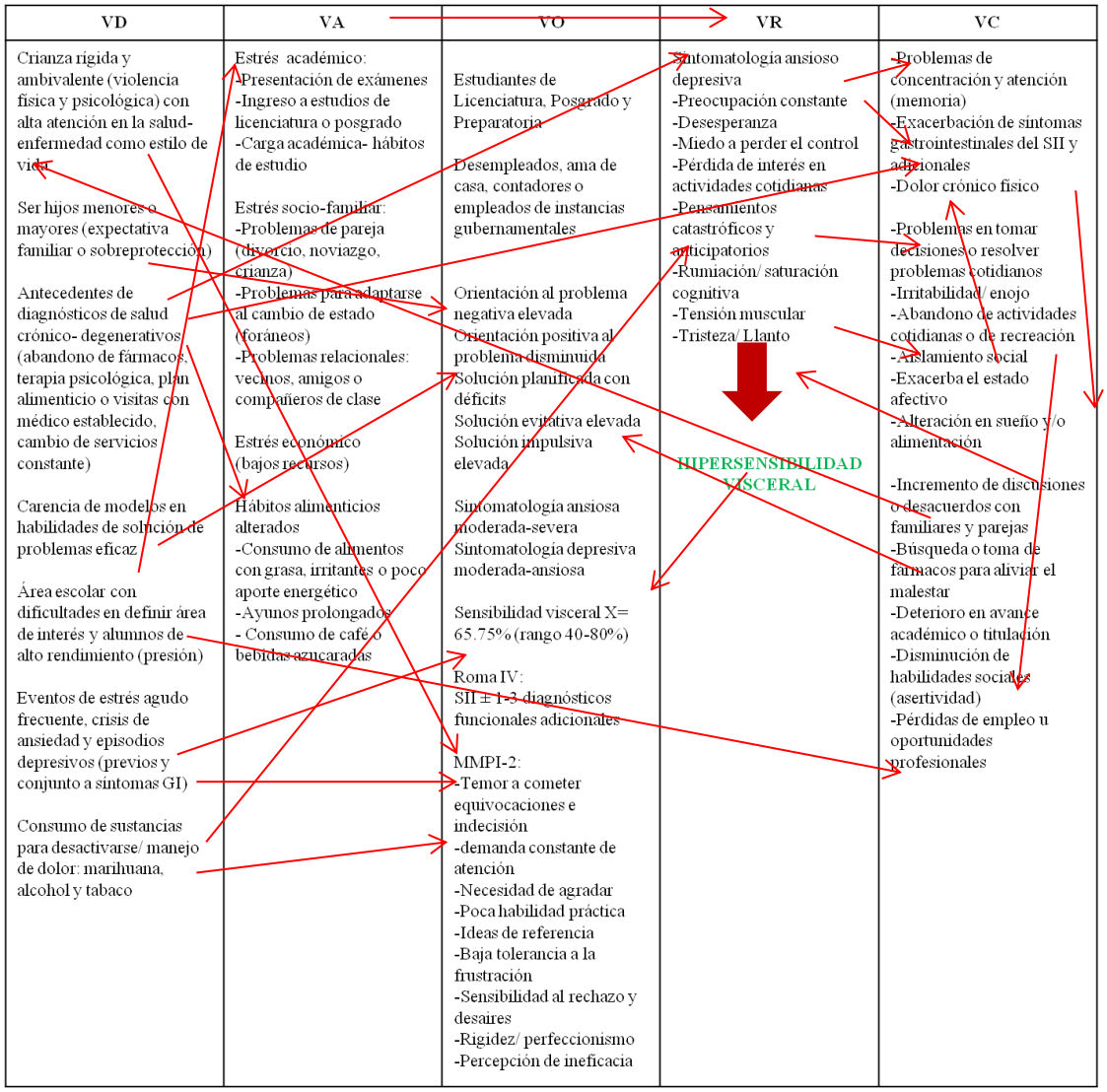
Como última variable del mapa se encuentran las experiencias de vida y desarrollo de la patología en salud física y afectiva (variables a distancia-VD) en las cuales es difícil establecer una sola variable que genera o detona el padecimiento gastrointestinal o afectivo de esta población específica sin embargo en los consultantes se encontraron eventos de crianza ambivalente o rígida con alta inestabilidad en las reglas y en algunos casos con agresión física y verbal, el número que ocupaban dentro del orden de hijos (ser el mayor, el menor o la mujer u hombre) que establecía los roles o conductas esperadas o demandadas de parte de la familia al paciente y que limitaban los recursos de solución de problemas ante la sobreprotección o la percepción de la familia de “ser enfermizos” o los responsables de la crianza de los menores que fungen como estresores vitales.

Además, se compartían modelos de creencias familiares sobre la salud como no importantes, no necesarios o mantenerlos hasta la “cura” de los síntomas agudos, así como padecimientos de al menos un padecimiento crónico físico o psiquiátrico, así como digestivo, mientras que en la salud de los

pacientes presentaban antecedentes de episodios depresivos y crisis de ansiedad no atendidos previo a los síntomas gastrointestinales.

En el área escolar se encontraron pacientes con altos niveles de rendimiento académico y perfeccionismo sobre el área escolar, pero dificultades en la definición de sus intereses o habilidades profesionales o laborales ante la elección de carrera o bien puestos laborales. Además de consumo de al menos una sustancia con efecto relajante o tranquilizante, como el alcohol, marihuana o tabaco y señalando tal uso para mejorar su estado de salud.

Figura 20. Formulación de caso grupal de pacientes



Diagnósticos Gastrointestinales.

Los pacientes cumplieron con los criterios para el diagnóstico funcional de Síndrome de Intestino Irritable de los cuales, nueve presentaron un subtipo de estreñimiento, cuatro el subtipo mixto y tres el subtipo de diarrea aunado condiciones comórbidas en términos de síndromes funcionales gastrointestinales, para poder mostrar dichos diagnósticos se muestra la figura 21 en que por cada paciente se realizó un resumen de los criterios cumplidos en el instrumento de ROMA IV para adultos.

Los diagnósticos comórbidos encontrados en los participantes del estudio fueron los del Síndrome funcional anorrectal inespecífico que describían como consecuencia percibida tras la alteración más frecuente, duradera o intensa del hábito intestinal, así como y el de inflamación/ distensión abdominal que exacerbaba la percepción de dolor abdominal reportado en los pacientes.

Otros de los diagnósticos menos frecuentes fueron el síndrome de dolor mediado centralmente relacionado a la alimentación, estreñimiento funcional que acorde a la guía de calificación de ROMA IV se establece la posibilidad de coexistir con el síndrome de intestino irritable de subtipo estreñimiento, por último la dispepsia funcional y el síndrome de distrés posprandial se presentaron con todos los criterios en un caso sin embargo la mayoría reportaba síntomas de malestar gastrointestinal superior que no cumplían los criterios de cronicidad o frecuencia semanal pero que fueron mencionados como problema por los consultantes.

Figura 21. Diagnósticos obtenidos por paciente tras la aplicación del Cuestionario de ROMA IV.

Paciente	Cumplió criterios para:
1	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Síndrome funcional anorrectal inespecífico
2	Síndrome de intestino irritable tipo mixto
3	Síndrome de intestino irritable tipo diarrea Síndrome funcional anorrectal inespecífico Síndrome del dolor mediado centralmente
4	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento
5	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Estreñimiento/Constipación funcional Síndrome del dolor mediado centralmente

6	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento
7	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Síndrome funcional anorrectal inespecífico
8	Síndrome de intestino irritable tipo diarrea Dispepsia funcional y síndrome de distrés posprandial Inflamación/distensión abdominal
9	Síndrome de intestino irritable tipo mixto Inflamación/distensión abdominal Síndrome funcional anorrectal inespecífico
10	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento
11	Síndrome de intestino irritable tipo diarrea
12	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Dispepsia funcional y síndrome de distrés posprandial
13	Síndrome de intestino irritable tipo mixto Inflamación/distensión abdominal Síndrome funcional anorrectal inespecífico
14	Síndrome de intestino irritable tipo mixto Síndrome funcional anorrectal inespecífico
15	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Inflamación/distensión abdominal Síndrome funcional anorrectal inespecífico Dispepsia funcional y síndrome de dolor epigástrico
16	Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento Síndrome funcional anorrectal inespecífico

Nota: n=16

Sensibilidad Visceral.

El instrumento fue aplicado al inicio y final del tratamiento, así como en los seguimientos realizados, de los dieciséis casos que recibieron el tratamiento sólo diez de ellos completaron el tratamiento y se les pudo aplicar el instrumento como post test y en cada seguimiento.

En la figura 22 se realizó el gráfico con los promedios de los diez pacientes por cada fase para poder graficarlos y obtener el índice de cambio clínico objetivo que es negativo y significativo con un -62.99%, es decir se logró disminuir la preocupación, hipervigilancia y atención que los consultantes mantenían ante las reacciones gastrointestinales que permitió recobrar de manera general la funcionalidad en esta variable.

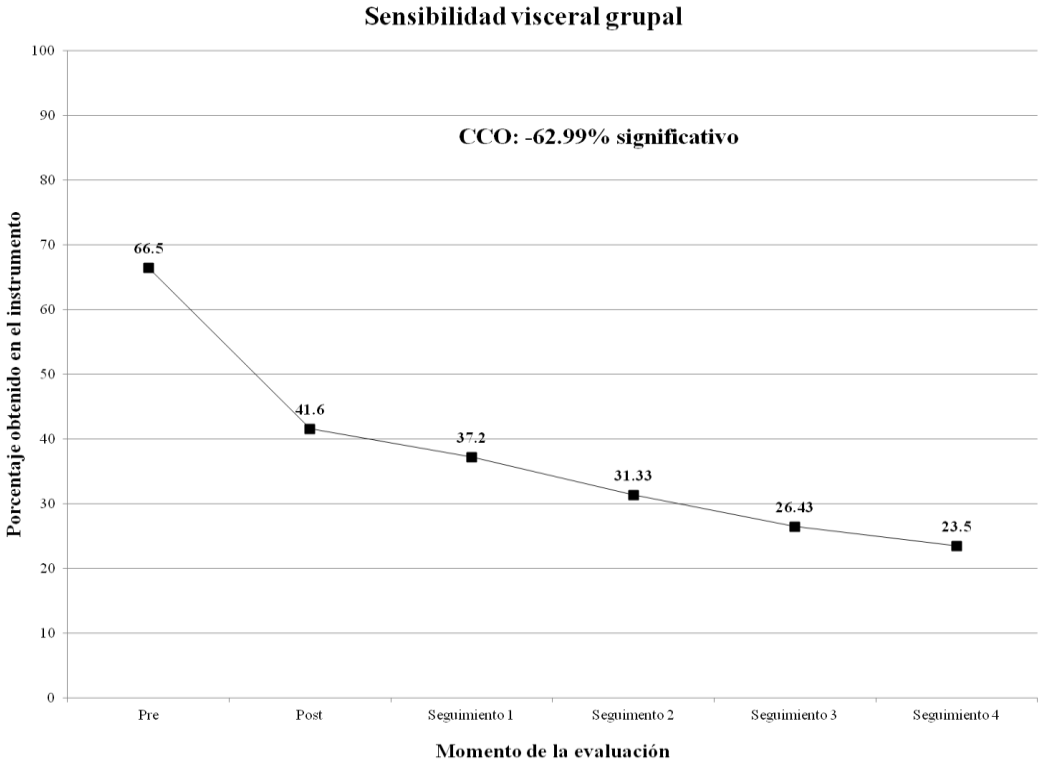
Las medidas iniciales de la Sensibilidad Visceral en promedio fueron de 66.50% con un rango entre 48-78% en los distintos casos (para detalle por caso ver anexo 32), en cuanto a las puntuaciones post test mostraron un promedio de 41.60% el cual fue más variable en un rango desde el 11 al 66% donde los casos con más altos porcentajes mostraron una mejoría mayor, como el caso nueve que pasó de un 68% en la primera medición a un 11% tras finalizar el tratamiento.

En cuanto al primer seguimiento los diez pacientes fueron contactados tras un mes después del egreso y el promedio de sensibilidad visceral fue de 37.20% con puntajes que oscilan de 13 a 60% pero ninguno presentó el mismo puntaje que en la evaluación inicial. Para el segundo mes que se realizó el seguimiento dos, sólo se lograron contactar a nueve pacientes de los diez que habían concluido, la participante restante dejó de responder los emails ante su regreso a su estado de origen en Tlaxcala, el promedio en esta ocasión fue de 31.33% con un rango de porcentajes de forma individual del 9 al 46%.

En el tercer seguimiento tras tres meses de haber concluido el tratamiento se obtuvieron respuestas de siete pacientes ya que dos participantes más no respondieron este seguimiento dado que la conclusión de sus tratamientos coincidió con la pandemia y el cierre del estudio por lo cual no se llegó a los tres meses con ellos, el porcentaje promedio obtenido fue de 26.43 en los siete participantes que respondieron con un rango de puntuaciones entre 10 a 35%.

Para el último seguimiento fue realizado a aquéllos pacientes que respondieron o enviaron sus instrumentos tras seis meses de haber concluido el tratamiento, de los cuales sólo se logró recibir respuesta de dos participantes ya que los cinco restantes que aún respondieron el seguimiento a los tres meses no cumplían con el tiempo de los seis meses o bien, no enviaron sus instrumentos aunque si respondieron las llamadas de seguimiento, las razones que dieron para no enviarlos fue falta de tiempo, inicio de empleos o sentirse mejor para seguir respondiendo las pruebas porque ya no tenían esos síntomas.

Figura 22. Resultados grupales del índice de Sensibilidad Visceral de los pacientes atendidos (promedios).



Nota: n= 10 casos

Dichos cambios de forma grupal se muestran en la tabla 9 en cuanto a los casos que recibieron de forma total el tratamiento fueron diez casos que representaron el 62.50%, de los cuales nueve obtuvieron una mejoría en los síntomas mediante el índice de cambo clínico objetivo que resultó significativo y negativo.

Tabla 9. Resultados grupales del índice de Sensibilidad Visceral (promedios).

	Cambio Clínico significativo (CCO)			
	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)* % (n)	No significativo (sin cambios) * % (n)	Casos que no completaron las evaluaciones % (n)
Sensibilidad visceral	6.25 (1)	56.25 (9)	0 (0)	37.50 (6)

Nota: n=16 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

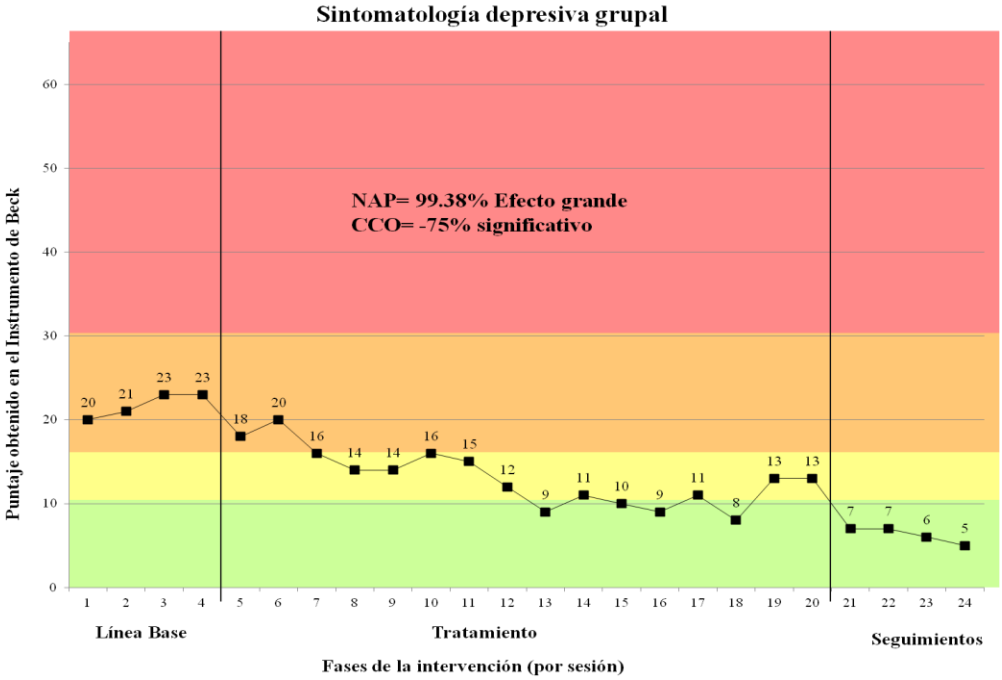
Sintomatología depresiva.

A través de promediar los puntajes obtenidos entre los pacientes a lo largo de cada sesión de aplicación del instrumento de Depresión de Beck se obtuvo un tamaño del efecto grande con un NAP= 99.38% y que dicho tamaño fue clínicamente significativo con un -75% de reducción de la sintomatología desde la primera aplicación de la línea base hasta el último seguimiento.

En la figura 23 cada color muestra un nivel de sintomatología en que el verde es mínimo, el amarillo es leve, el naranja es moderado y el rojo es severo. De forma grupal se obtuvo un nivel moderado en las tomas de línea base a través de 4 mediciones con puntuaciones en el instrumento de veinte a veintitrés puntos sin embargo en el análisis por casos, tres pacientes ingresaron con un nivel mínimo-leve y tres pacientes más con puntajes en el nivel leve-moderado y diez pacientes en un rango moderado a severo.

En cuanto a la fase de tratamiento se observa que los puntajes obtenidos de forma grupal oscila en los niveles mínimo a moderado sin embargo algunos pacientes presentaron niveles mayores o menores en al menos una o dos puntuaciones dados los eventos de vida que enfrentaron durante el tratamiento como el proceso de pérdida de familiares, hospitalización de familiares y discusiones familiares o de pareja o fechas de entrega de avances de tesis, tareas y exámenes así como de separaciones de pareja (véase anexo 32). Por último, en los seguimientos de manera grupal fueron diez pacientes quienes concluyeron el proceso de psicoterapia hasta el final sin embargo sólo nueve pacientes respondieron en los seguimientos tras uno, dos, tres y hasta seis meses después de la intervención dado que la paciente restante dejó de responder a los seguimientos.

Figura 23. Resultados grupales en Sintomatología depresiva (inventario de Depresión de Beck)



Nota: n=16

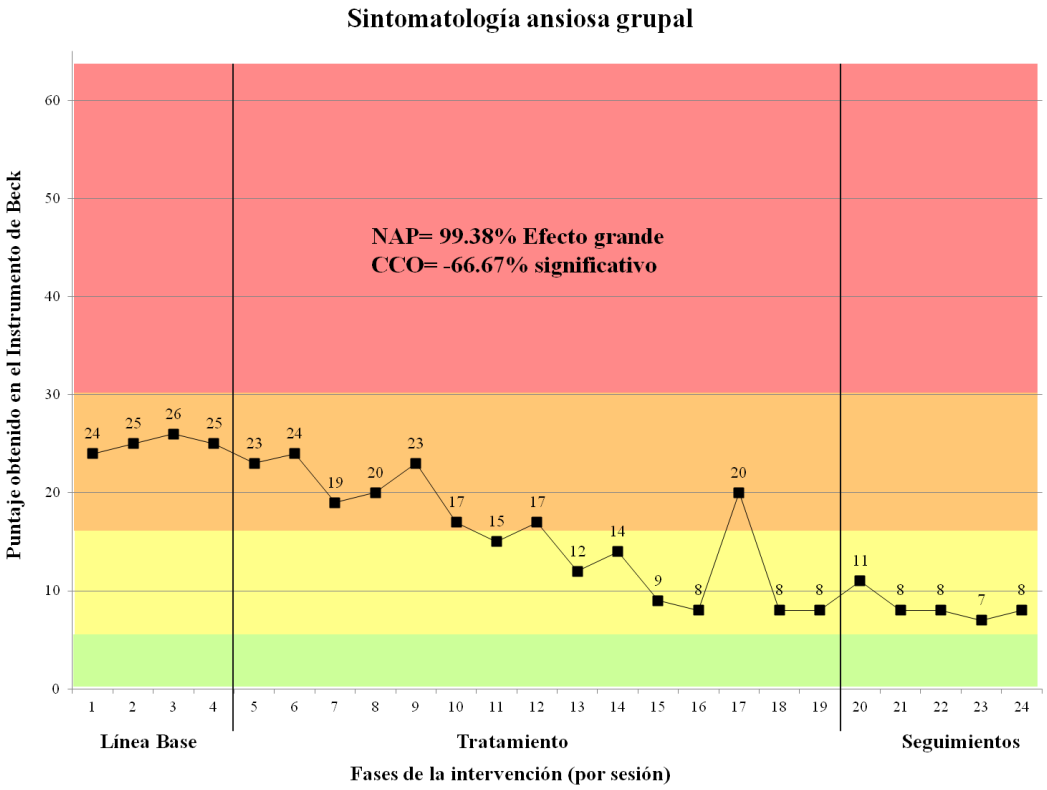
Sintomatología ansiosa.

En cuanto a los síntomas de ansiedad de los participantes de manera grupal, los datos de la línea base se concentraron en el nivel moderado y en la fase de tratamiento oscilaron entre el nivel leve-moderado para en los seguimientos disminuir y mantenerse en un nivel leve de sintomatología, como se muestran en la figura 24.

Sin embargo, es importante señalar que dos de los casos presentaron incrementos de la sintomatología en el proceso de tratamiento con puntajes mayores a los iniciales ante sucesos de vida como la separación legal con la pareja, problemas en presentación de exámenes y diagnósticos dados a los familiares directos que incrementaban las dificultades o decisiones a tomar por parte del paciente por ello se observan más variaciones en las puntuaciones de forma grupal en los puntajes del instrumento conforme transcurren las semanas.

Al calcular el tamaño del efecto de la intervención grupal en cuanto a la sintomatología ansiosa, esta muestra un efecto grande con un 99.38%, cuyo cambio es clínicamente significativo con un -66.67%, que tras ser negativo permite la disminución de dicha variable en la población que se expuso parcial o totalmente a la intervención.

Figura 24. Resultados grupales en Sintomatología ansiosa (inventario de Ansiedad de Beck)



Nota: n=16

Tal como se muestra en la tabla 10, en la sintomatología ansiosa se obtuvieron efectos medios y grandes en 87.50% de los pacientes que recibieron el tratamiento, en la descripción por caso de cada paciente se puede observar que quienes más se expusieron al tratamiento tuvieron mayores tamaños de efecto. Además, el 75% de los pacientes mejoró mediante el cambio clínico calculado por cada caso que permite mayor funcionalidad respecto a esta sintomatología.

En cuanto a la sintomatología depresiva también se obtuvieron tamaños de efecto medio-grande y el 87.50% mejoró mediante la disminución de manera clínica de esta sintomatología y el 12.50% (dos pacientes) se mantuvieron sin cambio dado que no concluyeron el tratamiento.

Tabla10. Tamaños del efecto y cambios clínicos en la sintomatología ansiosa y depresiva (grupal).

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)* % (n)	No significativo

						(sin cambios) * % (n)
Sintomatología Ansiosa	12.50 (2)	50 (8)	37.50 (6)	6.25 (1)	75 (12)	18.75 (3)
Sintomatología Depresiva	6.25 (1)	56.25 (9)	37.50 (6)	0 (0)	87.50 (14)	12.50 (2)

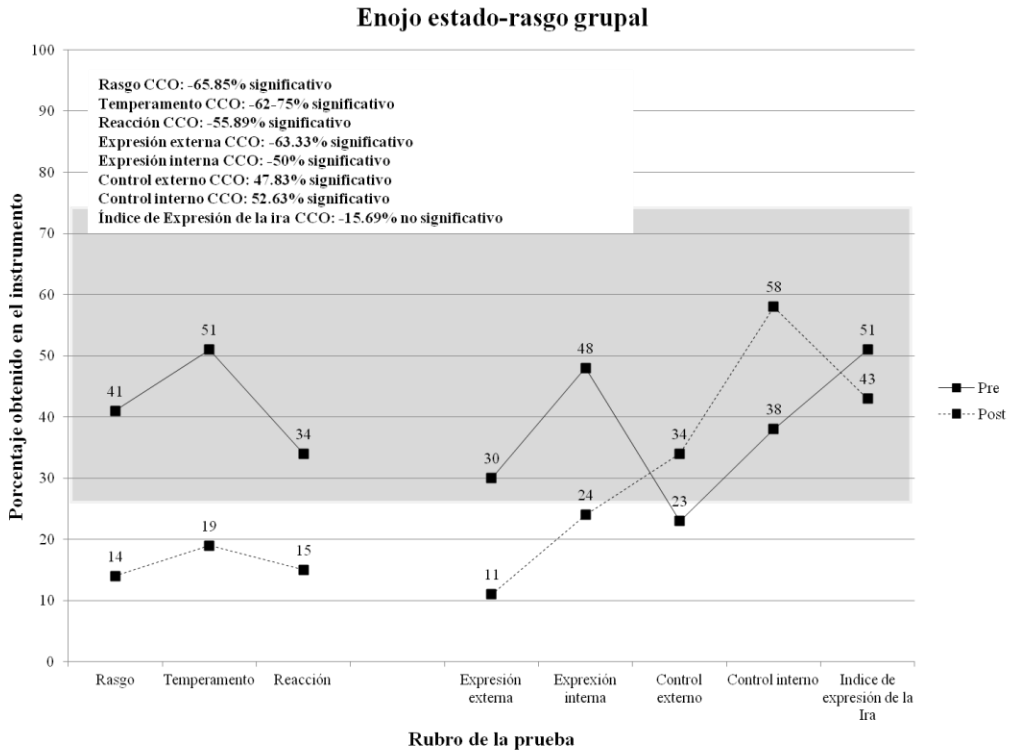
Nota: n=16 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Enojo.

De los dieciséis casos que pasaron al protocolo, cuatro de ellos abandonaron el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con la primera evaluación pre tratamiento y no se puede calcular el tamaño del cambio y a cinco pacientes no se les aplicó el instrumento dado que las dificultades eran con la sintomatología ansiosa y depresiva y no con el enojo por ello no se les aplicó dicho instrumento, los resultados grupales obtenidos son de los seis pacientes restantes que completaron el tratamiento y a quienes se les aplicó el instrumento ante dificultades con el manejo de esta emoción.

Tal como se muestra en la gráfica de la figura 25 hubo una disminución clínicamente significativa en las dos medidas en promedio de los seis casos en cuanto a la percepción de ser tratados injustamente por otros y experimentación de frustración (enojo rasgo), la intensidad de la irritabilidad a la ira por provocaciones pequeñas no proporcionales a os estresores (temperamento), la sensibilidad a las críticas o agravios supuestos por parte de otros (Reacción). Además, en cuanto a la ejecución de conductas de ira poco efectivas de forma externa con gritos, insultos o al azotar o romper objetos (Expresión externa) así como en la contención de la ira sin decir o hacer algo al respecto y contener la moción con un alto desgaste físico (expresión interna), todos estos rubros de la prueba mostraros índices de cambio negativos en que se redujeron para permitir una mejor adaptación de la persona.

Figura 25. Resultados grupales en el enojo en pacientes atendidos (promedios).



Nota: n=6

En cuanto a las estrategias de autocontrol y manejo de los eventos detonantes de la ira se obtuvo un índice de cambio clínico significativo positivo dado que se busca incrementarlos tras la intervención, de forma grupal los participantes mejoraron sus estrategias de implementación de la respiración diafragmática, asertividad y manejo de la sobrecarga cognitiva así como de la emoción negativa intensa al usar el modelo de solución de problemas que se reflejó en los dos rubros de control interno y externo de la ira, estos rubros requieren estar en la franja gris que marca la zona intermedia (centil 25-75%) o por debajo ya que a pesar de ser recursos para el manejo de la ira, al ser excesivos conllevan a la pasividad o sobre control de los intentos de expresión asertiva.

En cuanto al índice de Expresión de la ira se redujo de manera grupal de 51% a 43%, contemplando que se requiere continuar con la práctica de los ejercicios entrenados para disminuirlo a un nivel menor en que llegar al 0% es imposible dado que las emociones siempre estarán presentes en los diferentes momentos del paciente en diversas magnitudes en que fue fundamental recalcar a los participantes sobre la importancia de discriminar correctamente los grados de intensidad y momentos de las emociones negativas como el enojo más que la erradicación o evitación. Por lo cual, aunque la

reducción es negativa, que es lo esperado os valores no son significativos en este rubro de forma grupal, para mayor detalle caso a caso se puede revisar el anexo 32.

Para tener una aproximación de cuantos casos mejoraron o no, tal como se ve en la tabla 11, de los seis pacientes que fueron evaluados pre y post tratamiento se obtuvo que entre el 50% al 100% mostraron una mejoría clínica respecto a los pensamientos y conductas poco funcionales respecto al enojo. Sin embargo, algunos pacientes mostraron un incremento respecto al temperamento, expresión interna o índice de expresión de la ira tras el tratamiento obteniendo como razones a esto incrementos el encontrarse en confinamiento con mayor tiempo de convivencia con sus parejas o familias que antes no ocurría o notar con mayor facilidad estos rubros. Además, los pacientes que no mostraron un cambio significativo tuvieron una disminución de puntajes o el mantenimiento de estos en niveles bajos o moderados en que ya no podía haber una disminución menor en el porcentaje.

Tabla 11. Cambios clínicos en los rubros desadaptativos del enojo (grupal)

	Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Rasgo	0 (0)	**66.67 (4)**	33.33 (2)
Temperamento	16.67 (1)	**50 (3)**	33.33 (2)
Reacción	0 (0)	**100 (6)**	0 (0)
Expresión externa	0 (0)	**83.33 (5)**	16.67 (1)
Expresión interna	33.33 (2)	**66.67 (4)**	0 (0)
Índice de expresión de la ira	16.67 (1)	**66.67 (4)**	16.67 (1)

Nota: n= 6 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

En cuanto a las estrategias de autocontrol, más del 60% de estos seis pacientes obtuvieron un incremento en las puntuaciones teniendo con ello una mejora en sus estrategias de manejo del enojo como previamente se mencionó. En cuanto a los casos que puntuaron en un decremento o disminución en dichos rubros se encontró que al llegar al tratamiento mostraban porcentajes medios-altos que conllevan a un sobre control de dicha emoción, por ello la disminución en algunos pacientes que se ve reflejada como un cambio clínico negativo se plasmó en conductas de mayor funcionalidad y menor pasividad ante la expresión del enojo y sólo un caso mostró dificultades ante la falta de práctica en las destrezas entrenadas que llevaban sesión a sesión a retomarlas, estos valores se encuentran en la tabla 12.

Tabla 12. Cambios clínicos en los rubros adaptativos del enojo (grupal).

	Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Positivo (mejoró)* % (n)	Negativo (empeoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Control externo	**66.67 (4)**	33.33 (2)	0 (0)
Control interno	**83.33 (5)**	16.67 (1)	0 (0)

Nota: n= 6 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

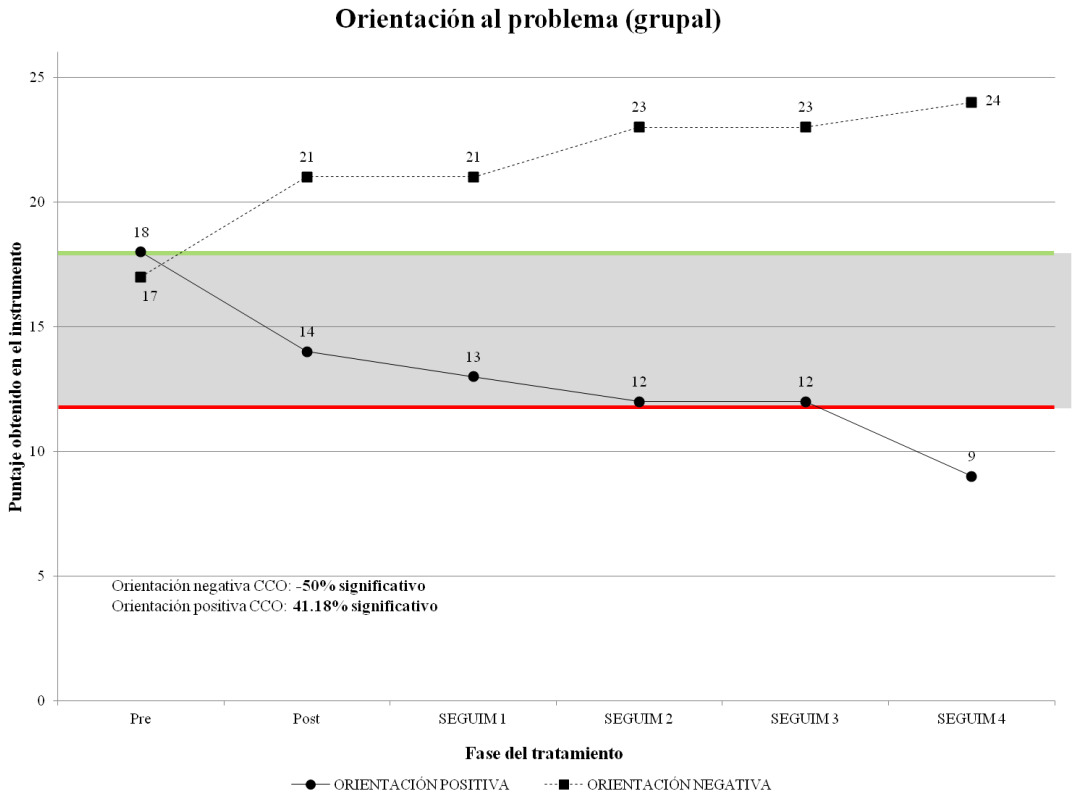
Solución de problemas.

De manera grupal se obtuvieron los promedios de los diez casos que completaron el tratamiento ya que la aplicación de este instrumento se realizó al inicio, final y en los seguimientos. Los puntajes por debajo de la franja roja que se observa en la figura 26 indican que estas características se encuentran presentes, pero no se consideran tan frecuentes en la persona, los puntajes en un rango de doce a dieciocho puntos (franja gris) son destrezas cognitivas o conductuales que se verían beneficiadas de un entrenamiento y las puntaciones por encima de la franja verde (mayores dieciocho puntos) cuentan con un nivel fuerte de ejecución.

Se calcularon los cambios respecto a la orientación ante los problemas que representa los pensamientos, representaciones y cogniciones al respecto de los problemas que experimenta el sujeto obteniéndose un índice de cambio clínico significativo positivo del 41.18% en el rubro de la orientación positiva, es decir una mejoría en evaluar a los estresores o problemas como un reto con posibilidades de solución.

Mientras que en la orientación negativa la disminución también fue clínicamente significativa con un índice de cambio del -50%, en que los pacientes reducen la disfuncionalidad ante la toma de decisiones al disminuir la percepción de verlo como imposibles, difíciles o sin alternativas de resolución.

Figura 26. Resultados grupales en orientación ante los problemas (promedios).



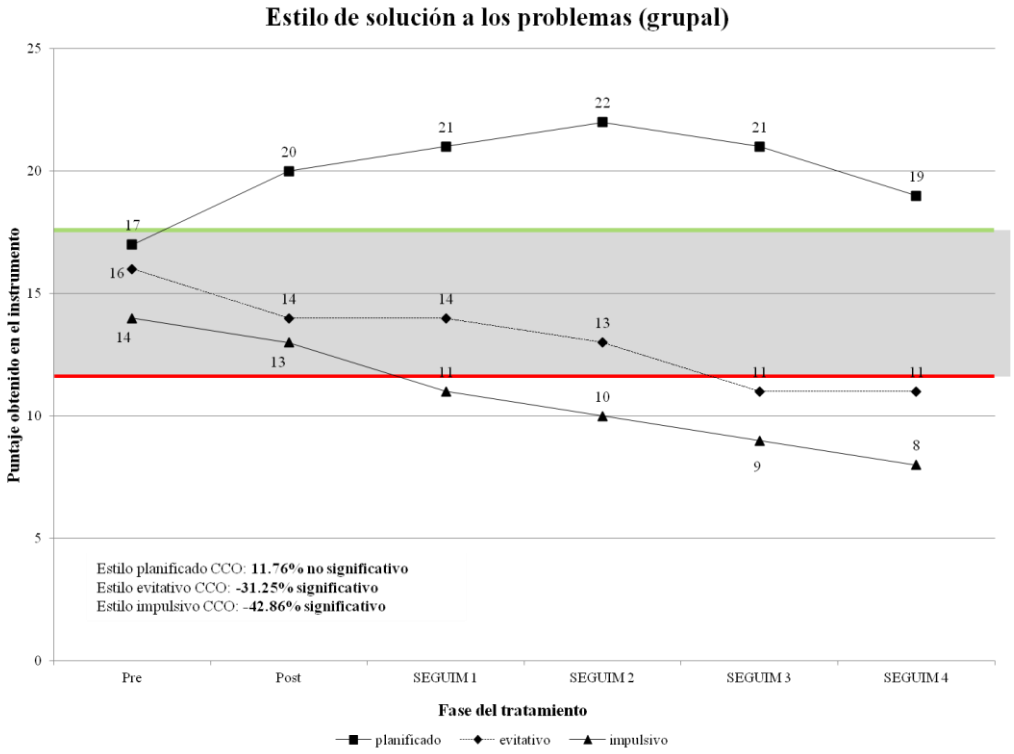
Nota: n=10

Por otra parte, la solución de problemas presenta también la ejecución de conductas para la implementación de las soluciones, de manera grupal se evaluaron tres estilos en el instrumento. La primera es el estilo planificado que se busca fortalecer en el tratamiento para la ejecución sistemática en la toma de decisiones, en esta de forma grupal se obtuvo un incremento de dichas estrategias que en el índice de cambio muestra no ser significativas con un 11.76%, sin embargo se compararon las puntuaciones pre tratamiento y en seguimiento de hasta seis meses al cual, llegaron dos de los diez casos por lo cual se sugiere la revisión por caso para poder obtener un panorama más completo del cambio y las barreras por caso ya que se pasa de los diecisiete hasta los veintidós puntos, tal como se muestra en la figura 27.

El segundo estilo es el evitativo en que se posterga la toma de decisiones con el fin de escapar de la situación aversiva, en el cual de forma grupal se obtuvo un índice de cambio del -31.25% lo cual representa una disminución importante en dichas conductas así como en el tercer estilo que también es disfuncional, este es el estilo impulsivo en que se toman decisiones apresuradas o evaluando de

manera parcial el impacto de dicha resolución en sí y en los otros, en este estilo se obtuvo el índice más grande de los tres estilos, con un -42.86%, mostrando una mejoría mediante la menor ejecución por parte de los participantes.

Figura 27. Resultados grupales en el estilo de resolución de problemas (promedios).



Nota: n=16

Es así que de manera específica en los estilos disfuncionales de pensar a los problemas como barreras constantes y con estilos evitativos e impulsivos (tabla 13), de los diez pacientes, el 70% mejoró con la disminución de la orientación negativa y el 80% disminuyeron ambos estilos disfuncionales como lo es el evitativo e impulsivo y el 10 y 20% respectivamente no alcanzaron un porcentaje de cambio significativo aunque si fue negativo es decir, se redujeron para la mejora del paciente (rango entre -10.53% a 0%). En cuanto al empeoramiento se encontró un caso que en ambos incrementó su puntuación quien señaló “no sé si como tal diría que empeoré o justo ahora que lo noto más me doy cuenta de mejor forma que cuando llegue y no sabía ni cómo llamar a lo que me pasaba ni porqué” (sic. pac.).

Tabla 13. Cambios clínicos en los estilos desadaptativas de solución de problemas (grupal).

	Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Orientación negativa	10 (1)	70 (7)	20 (2)
Estilo evitativo	10 (1)	80 (8)	10 (1)
Estilo impulsivo	0 (0)	80 (8)	20 (2)

Nota: n=10. *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Por otra parte, en la tabla 14 se muestran los pacientes y el porcentaje que estos representan en cuanto a incremento del estilo planificado el cual tuvo mayor dificultad en alcanzar un porcentaje positivo significativo en el 40%, es decir 4 pacientes a pesar de tener una mejoría. Los pacientes refirieron "Creo que aún me falta más práctica, es como toda tu vida sólo lo haces por inercia y ahora te das cuenta de que hay un proceso que de verdad te salva" (sic. pac.). Mientras que, en la orientación positiva, es decir al verlos como un reto se encontró que el 80% mejoró posterior a recibir al tratamiento y esto se mantuvo y/o incremento en los seguimientos realizados a los casos.

Tabla 14. Cambios clínicos en los estilos funcionales de solución de problemas (grupal).

	Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Positivo (mejoró)* % (n)	Negativo (empeoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Orientación positiva	80 (8)	0 (0)	20 (2)
Estilo planificado	50 (5)	10 (1)	40 (4)

Nota: n= 10 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Síntomas gastrointestinales (diarios del paciente).

Tras los muestreos de diarios de síntomas realizados por los pacientes y se calcularon el total de medidas de los diarios de los dieciséis pacientes para la obtención de promedios por día acorde al número colocado en el registro intensidad del síntoma gastrointestinal de cada paciente, de ese número total nueve pacientes completaron el muestreo de diarios hasta el último seguimiento (tres o seis meses del egreso), seis pacientes completaron el muestreo pre e intermedio en la intervención y

sólo un caso entregó el diario inicial solamente por ello en los análisis posteriores de tamaño del efecto y cambio clínico se toma en cuenta un total de quince pacientes.

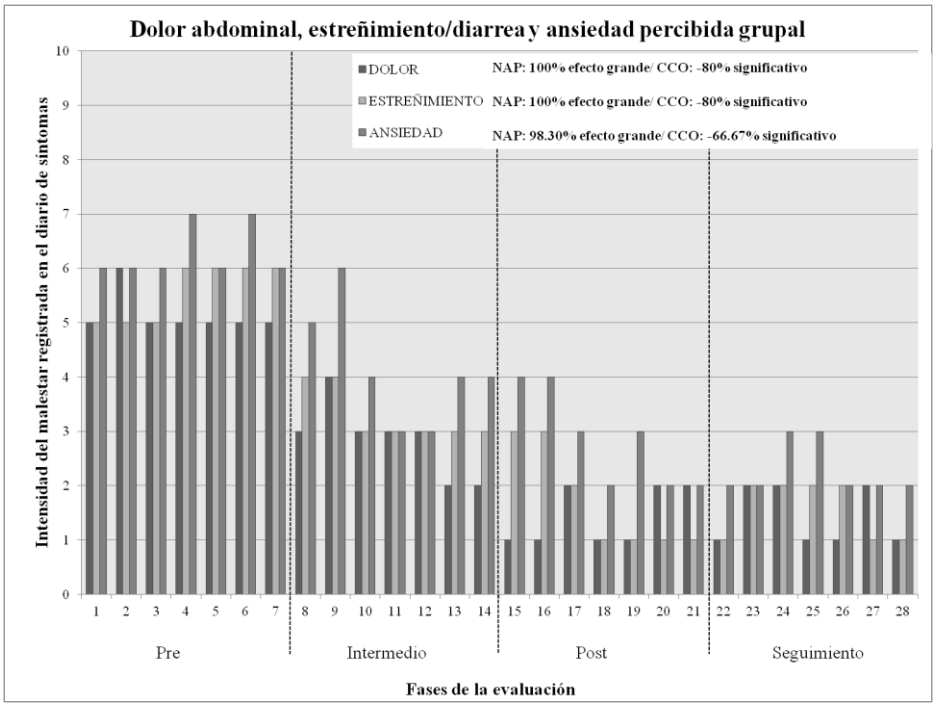
Al obtener el tamaño del efecto de los cambios en la intensidad percibida en los pacientes atendidos en el protocolo se obtuvo un efecto grande y un cambio clínico significativo para los cinco principales síntomas registrados en los diarios: dolor abdominal, alteración del hábito (estreñimiento o diarrea), ansiedad ante estos malestares gastrointestinales, gases y sensación de hinchazón abdominal (hubiera o no distensión abdominal) tal como se muestra en la figura 28 y 29.
En cuanto al dolor en promedio los pacientes reportaron un dolor inicial calificado entre cinco y seis de intensidad en la evaluación pre tratamiento, pasando a un rango de dos a cuatro de intensidad en el diario intermedio para que en el post tratamiento y en el último seguimiento se mantuviera en uno o dos de intensidad.

Respecto a la alteración del hábito (diarrea y/o estreñimiento) los pacientes puntuaron en promedio un grado de intensidad de cinco y seis puntos, el cual disminuyó a tres o cuatro en el diario intermedio para alcanzar un grado de intensidad reportado de uno y dos. Es importante señalar que de forma grupal no se observa ningún cero en la intensidad reportada sin embargo se sugiere una lectura por caso para poder identificar dichos períodos en cada paciente.

Al observar los valores de la ansiedad reportada ante estos malestares esta inicio en promedio entre seis y siete de intensidad (recordando que hubo variaciones individuales que iniciaron registrando valores en su mayoría entre ocho a diez y quienes lo valoraban entre uno a tres de intensidad) y tras las sesiones de tratamiento este síntoma disminuyó a un rango de dos de intensidad, de manera grupal este síntoma mostraba períodos de incremento o disminución y mostró de un índice de cambio negativo y significativo pero menor que los cambios obtenidos en cuanto al dolor y alteración del hábito intestinal.

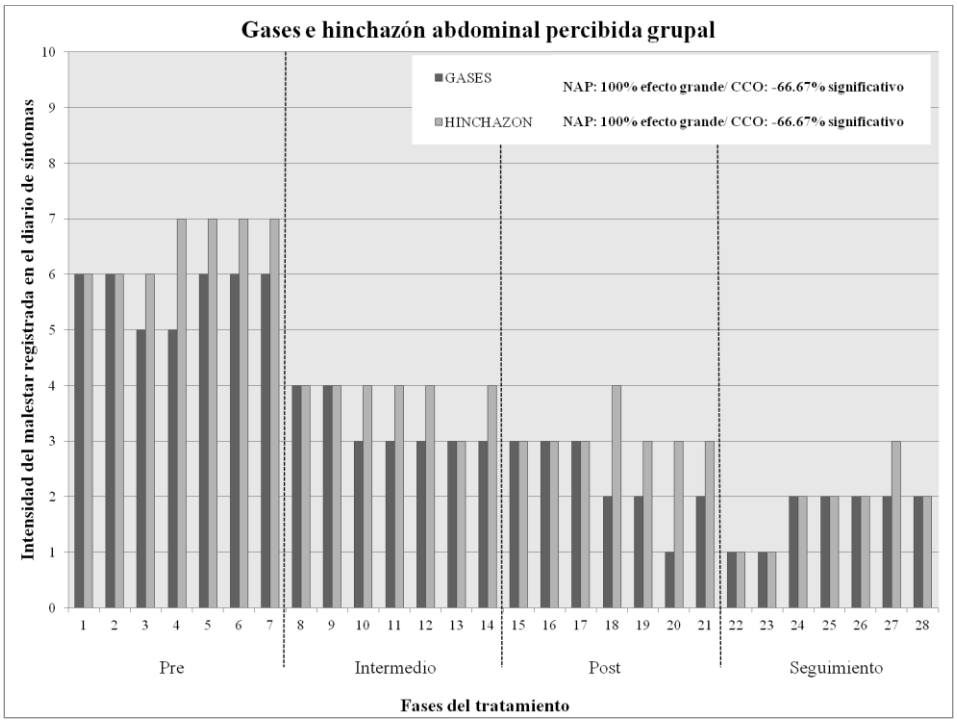
Y respecto a los últimos dos síntomas, los gases y la hinchazón en un inicio se encontraron entre los valores de cinco a siete y llegaron a un rango de uno a máximo cuatro de intensidad a lo largo de las fases de llenado de los diarios. De este par de síntomas el que era difícil de describir al inicio del tratamiento para los pacientes era la sensación de hinchazón por lo cual requería apoyo en describir con apoyo de metáforas su sensación abdominal “me siento como si estuviera embarazada, pero es gas que no sale, me siento como pelota o como globo lleno de aire, es como si estuviera pesado o hinchado y a veces si me desabrocho el pantalón o uso de resorte porque los de cierra no me quedan” (sic. pac.).

Figura 28. Resultados grupales en dolor abdominal, alteración del hábito intestinal y ansiedad percibida (promedios).



Nota: n= 16

Figura 29. Resultados grupales gases e hinchazón abdominal percibida (promedios).



Nota: n= 16

De manera grupal se clasificaron los casos (de los quince posibles a realizar los análisis) acorde al tamaño del efecto y al cambio clínico obtenido (saber si mejoraron, empeoraron o se mantuvieron sin cambios. En la tabla 15 se puede observar por síntoma percibido y registrado en el diario de síntoma de cada paciente que la más del 45% de los pacientes tuvieron un efecto grande de cambio respecto al dolor abdominal, ansiedad y gases, en cuanto a los síntomas del cambio de hábito intestinal e hinchazón tuvieron efectos medios-grandes mostrando más variabilidad, para lo cual es importante recordar que los datos son de los quince pacientes pero cada uno mostraba un subtipo o comorbilidad específica a nivel gastrointestinal y afectivo.

Respecto al cambio clínico, más del 50% de los pacientes mejoró respecto a los síntomas registrados con un índice negativo (se espera que reduzca) y con menor porcentaje de mejora para los síntomas de estreñimiento o diarrea (66.67%) y de ansiedad (73.33) ante estos malestares en que se encontró como razones en los pacientes los períodos de remisión y agudos antes las condiciones de pandemia, alimentación o estrés por fin de semestre lo cual se manejó como oportunidades para abordar y construir las estrategias de solución de problemas ante las recaídas al tratarse de un cuadro crónico y ante el contexto de Pandemia.

Los pacientes que mostraron una mejoría no significativa o positiva (es decir, que los síntomas subieron en intensidad) fueron aquellos pacientes que no se expusieron a todo el tratamiento o abandonaron este de forma anticipada.

Tabla 15. Tamaños del efecto y cambios clínicos en los síntomas gastrointestinales (diarios de síntomas)

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)* % (n)	No significativo (sin cambios) * % (n)
Dolor abdominal	20 (3)	33.33 (5)	**46.67 (7)**	0 (0)	**86.67 (13)**	13.33 (2)
Estreñimiento/ diarrea	20 (3)	**40 (6)**	**40 (6)**	6.67 (1)	**66.67 (10)**	26.67 (4)
Ansiedad	26.67 (4)	26.67 (4)	**46.67 (7)**	13.33 (2)	**73.33 (11)**	13.33 (2)

Gases	13.33 (2)	40 (6)	**46.67 (7)**	6.67 (1)	**93.33 (14)**	0 (0)
Hinchazón	0 (0)	**66.67 (10)**	33.33 (5)	13.33 (2)	**80 (12)**	6.67 (1)

Nota: n= 15 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Datos fisiológicos.

Presión Arterial.

Respecto a los datos fisiológicos fueron tomados durante todo el tratamiento en los primeros casos que fueron atendidos, sin embargo, para los seguimientos optaban por realizarlo vía telefónica o a distancia ante lugares de residencia en el extranjero o bien compromisos personales por lo cual no se tienen valores fisiológicos durante los seguimientos. Por otra parte, el paro de actividades en la Institución académica que llevó a otra sede y la posterior pandemia de COVID-19 generaron el reajuste ante las medidas de seguridad para realizar las sesiones clínicas en modalidad en línea por lo cual no se pudieron tomar tales medidas, los pacientes reportaron "creo que si yo consigo esos aparatos para tomar la presión y mis signos me generaran más angustia ahora que estoy empezando a sentirme más tranquilo, sería un gasto adicional que prefiero mantener para mis medicamentos o mi consulta con el médico psiquiatra o gastroenterólogo, la situación ante la pandemia a nivel económico bajó y me resulta difícil tener acceso a ellos" (sic. pac.).

Por dichas razones es que en las gráficas se muestran los resultados de las mediciones llevadas a cabo con los pacientes hasta donde fue posible verlos en modalidad presencial. Los dieciséis pacientes fueron incluidos en la obtención de los promedios de las mediciones fisiológicas sin embargo para la sección del análisis del tamaño del efecto y el cambio clínico sólo se contemplaron quince casos dado que uno quedó fuera al no poder completar con él más de cuatro mediciones que no permitieron establecer la línea base ni posteriores.

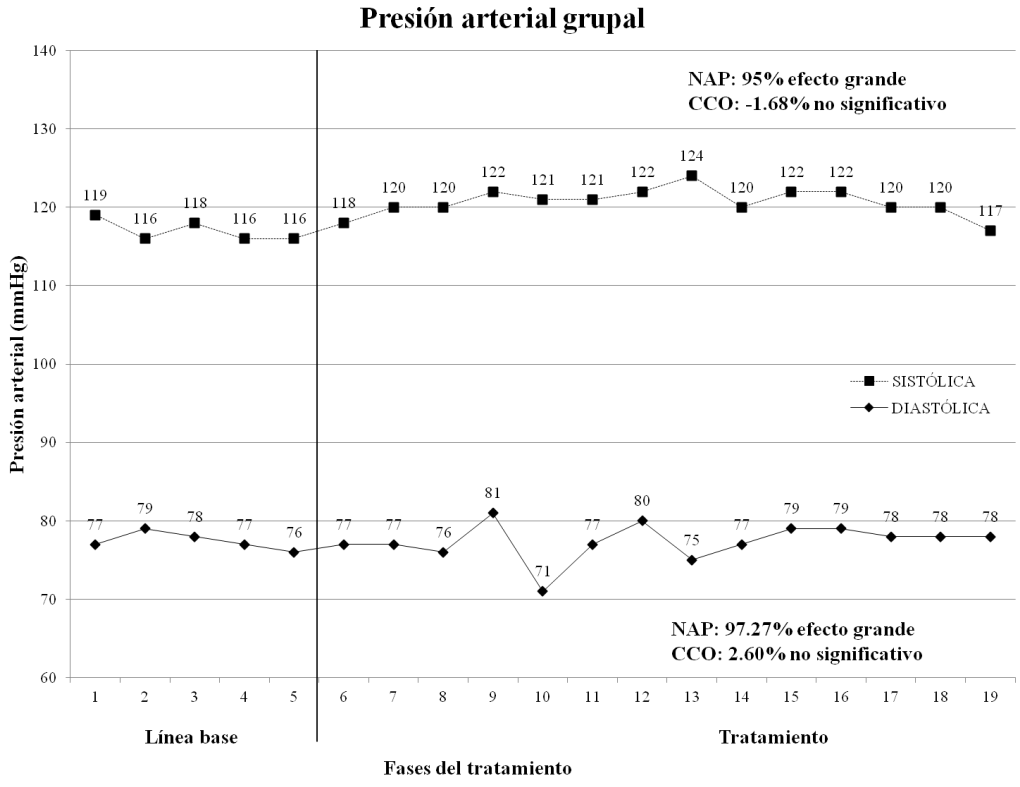
En cuanto a los niveles de presión arterial se promediaron los valores de los pacientes para mostrar de forma general los cambios en cuanto a la presión sistólica y diastólica tal como la figura 30 donde en la presión sistólica los valores oscilan en mediciones normales de 116 a 124 sin embargo, el análisis por caso se sugiere dado que con algunos pacientes la indicación médica era buscar un incremento, disminución o estabilidad en los valores de una o ambos valores (revisar anexo 32). De manera grupal se obtiene que no alcanzó un cambio clínico significativo, aunque es negativo debido a que la

variación de las lecturas no permite una variación amplia, sin embargo, el tamaño del efecto a nivel grupal es grande con un 95% para la presión sistólica.

Mientras que para los valores de la presión diastólica hay mayor variación entre valores esperados de manera grupal en un rango de 71 a 81 mmHg en las lecturas, obteniendo un incremento de este valor en la medición final respecto a la inicial sin embargo no es significativa clínicamente, aunque el tamaño del efecto es grande con un 97.27%.

Realizando el análisis por el porcentaje de casos que presentaron un empeoramiento, mejoría o que no tuvieron cambios se encontró que en esta medida os cambios no fueron clínicamente significativos ni para la presión diastólica ni para la sistólica dado que los valores o incrementos posibles tienen un rango de valores saludables o esperados más que a esperar un incremento de manera indiferente, por lo cual el tamaño del efecto fue en su mayoría débil-medio y en algunos pacientes con valores sumamente inestables o en los extremos al ser muy bajos o muy altos se beneficiaron del tratamiento, representando un 13 al 20% del total (tabla 16).

Figura 30. Resultados grupales en la presión arterial de pacientes atendidos (promedios).



Nota: n= 16

Tabla 16. Tamaños del efecto y cambios clínicos en la presión arterial sistólica y diastólica (grupal).

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Presión Arterial sistólica (mmHg)	**26.67 (4)**	**53.33 (8)**	20 (3)	0 (0)	0 (0)	**100 (15)**
Presión Arterial diastólica (mmHg)	**33.33 (5)**	**53.33 (8)**	13.33 (2)	6.67 (1)	0 (0)	**93.33 (14)**

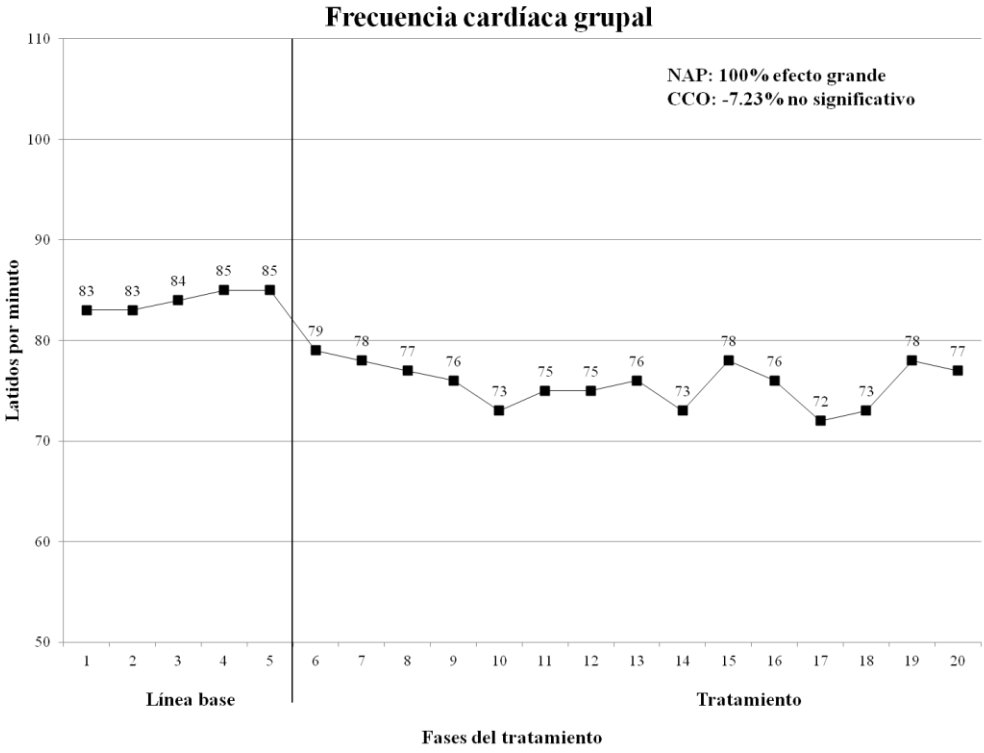
Nota: n= 15 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Frecuencia cardíaca.

Los valores obtenidos en las mediciones de la frecuencia cardíaca muestran un tamaño de efecto grande al ser promediados, este tamaño es del 100% sin embargo en nivel individual hubo variaciones dado factores externos como llegar de manera impuntual a la cita por el tráfico, lluvia o llegar a la sede después de haber presentado un exámen en cuyas ocasiones se obtuvo una variabilidad pero conforme se exponian al tratamiento estos valores fueron menores a los de la línea base.

El rango de latidos por minuto va de 72 a 79 pulsaciones en la fase de tratamiento que disminuyeron con respcto a los valores de la línea base pero dado que estos valores no se pueden disminur indiscriminadamente dado que hay un valor mínimo o máximo tolerable por el orgnismo por ello es que aunque se redujeron entre seis a trece pulsaciones por minuto este obtienen un indice de cambio negativo pero no significativo tal como se muestra en la figura 31.

Figura 31. Resultados grupales en la frecuencia cardíaca de pacientes atendidos (promedios).



Nota: n= 16

De los quince casos en que se analizó el tamaño del efecto se encontró que más del 80% obtuvo un cambio medio-grande en las pulsaciones por minutos y el 73.33% no mostró cambios significativos aunque estos fueran negativos al ser pacientes con valores más cercanos a los esperados en comparación con los cuatro casos que mejoraron que presentaban mayores pulsaciones y tras su exposición a las sesiones de tratamiento se redujeron, como se observa en la tabla 17, es así que los pacientes que más requerían disminuir o estabilizarse representan ese 26.67% obtenido.

Tabla 17. Tamaños del efecto y cambios clínicos en la frecuencia cardíaca (grupal).

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (empeoró)* % (n)	Negativo (mejoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Frecuencia cardíaca (latidos por minuto)	13.33 (2)	**40 (6)**	**46.67 (7)**	0 (0)	**26.67 (4)**	**73.33 (11)**

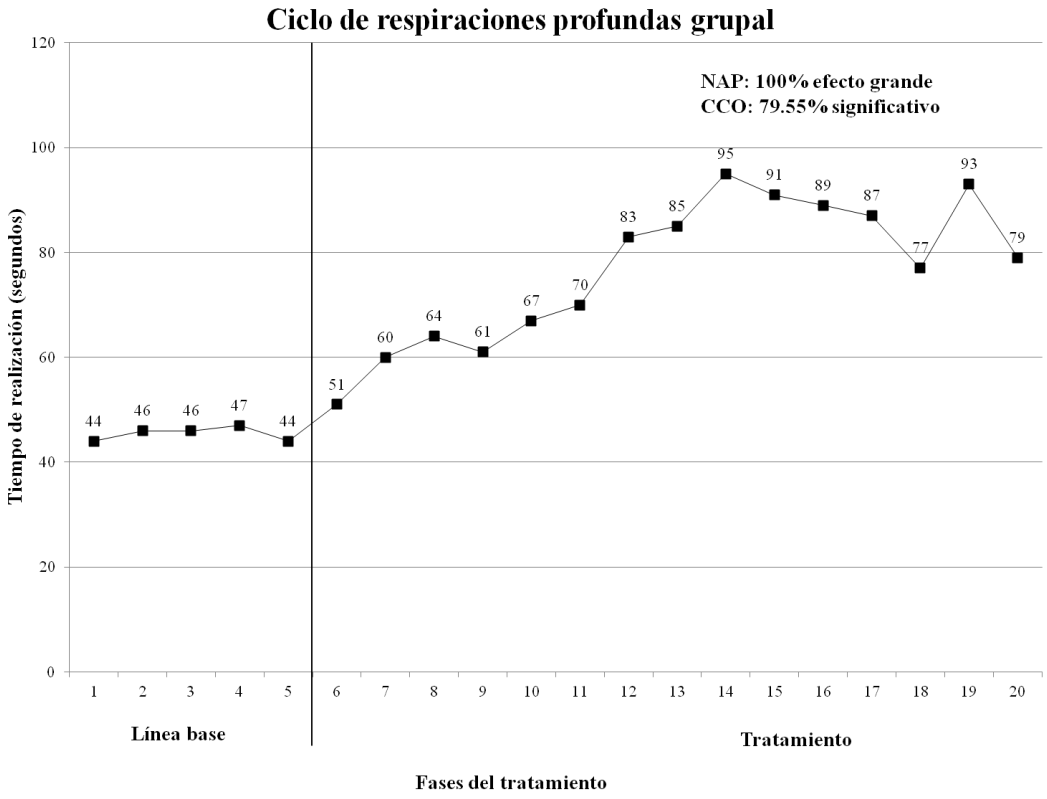
Nota: n= 15 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Ciclo de respiraciones profundas.

Se realizó el promedio de los segundos de ejecución del ciclo de 8 respiraciones profundas de los dieciseis casos como se muestra en la figura 32, sin embargo los rangos de tiempos en la línea base fueron desde los veinticuatro hasta los noventa y cuatro seguimientos, contemplando que esta población cuenta con antecedentes de múltiples tratamientos médicos, psicológicos o alternativos así como la búsqueda de recursos en internet como la respiración o yoga por lo cual la ejecución del ciclo tenía dicha variación.

Se obtuvo un efecto grande con un 100% así como un cambio clínico positivo, ya que se busca que este tiempo pueda incrementar tras el entrenamiento en las estrategias de desactivación fisiológica y los módulos del tratamiento.

Figura 32. Resultados grupales en el tiempo de ejecución del ciclo de respiraciones profundas en pacientes atendidos (promedios).



Nota: n= 16

Al realizar el análisis del porcentaje de pacientes que tuvieron una mejoría clínica positiva con el incremento del tiempo de ejecución se encontró que más del 90% obtuvo un cambio clínico y sólo un paciente obtuvo valores no significativos dado que no se expuso al tratamiento de forma completa y su baja del servicio fue antes del módulo de desactivación fisiológica.

En la tabla 18 se puede observar que el 60% de los casos tuvieron un tamaño de efecto grande y el 40% restante tuvo un tamaño de efecto medio. Esta medida fue una de las más estables que se pudo monitorear incluso en las sesiones en video llamada y que mostro un porcentaje de cambio de hasta 300% respecto a los datos de la línea base.

Tabla 18. Tamaños del efecto y cambios clínicos en el ciclo de respiraciones profundas (grupal).

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (mejoró)* % (n)	Negativo (empeoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Ciclo de respiración profunda (segundos)	0 (0)	40 (6)	**60 (9)**	**93.33 (14)**	0 (0)	6.67 (1)

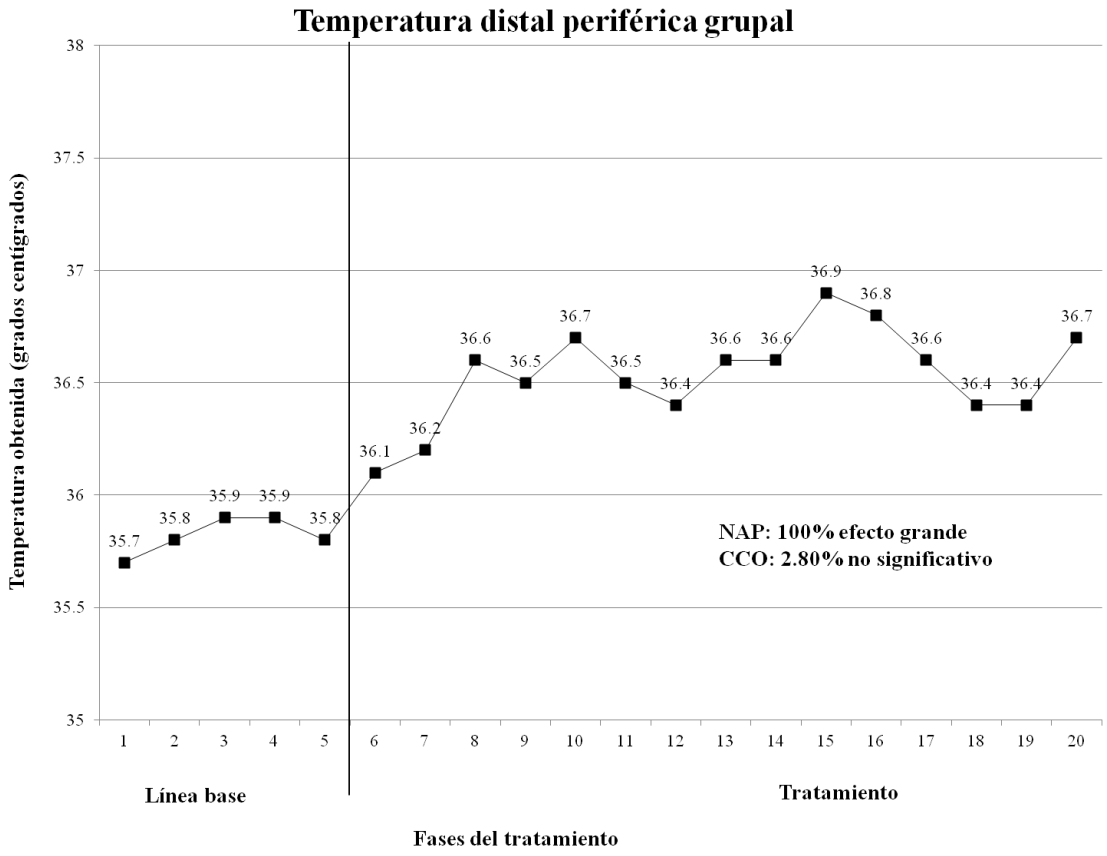
Nota: n= 15 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

Temperatura distal periférica.

Como se muestra en la figura 33 al promediar los valores de la temperatura corporal periférica se obtuvo un tamaño de efecto grande dado que no se encontraron mediciones iguales o menores en la fase de tratamiento respecto a la línea base sin embargo el índice de cambio clínico obtenido fue positivo dado que se espera que esta pueda incrementar al realizar el entrenamiento en regulación de la tensión y vasodilatación sanguínea mediante las estrategas de relajación muscular y respiración diafragmática por lo cual se puede obtener una mayor activación del sistema autónoma periférico parasimpático, sin embargo en el caso de la temperatura corporal hay valores que se consideran saludables y otros críticos.

Por lo cual aunque el incremento en grados Centígrados es robusto este se considera importante dado que se incrementó en promedio de 1 a 1.2 grados en las extremidades (manos) que requiere mayor requisito para incrementar la temperatura distal y se reflejó en el reporte de los pacientes como "sensación de que mis manos ya no sudan; hasta me dio sueño; se siente tan rico que hace tanto que no me sentía así; si te cambia todo porque te sientes tan ligero que en serio es increíble; quiero volver a hacerlo" (sic. pac.).

Figura 33. Resultados grupales en la temperatura distal periférica en pacientes atendidos (promedios).



Nota: n= 16

En cuanto al tamaño del efecto de esta variable se encontró que la mayoría se concentró en un tamaño medio-grande tras la intervención y un caso en un tamaño débil dado que abandonó previamente el tratamiento. En cuanto al cambio clínico se obtuvo al 100% no significativo, lo cual refleja lo que previamente se mencionó sobre los valores de la temperatura corporal periférica (tabla 19).

Tabla 19. Tamaños del efecto y cambios clínicos en la temperatura corporal periférica (grupal).

	Tamaño del efecto (NAP)			Cambio Clínico significativo (CCO)		
	Débil % (n)	Medio % (n)	Grande % (n)	Positivo (mejoró)* % (n)	Negativo (empeoró)** % (n)	No significativo (sin cambios) *** % (n)
Temperatura distal periférica (°C)	6.67 (1)	**46.67 (7)**	**46.67 (7)**	0 (0)	0 (0)	**100 (15)**

Nota: n= 15 *≥20%; **≥-20%; *** ≤-20 o ≤20%

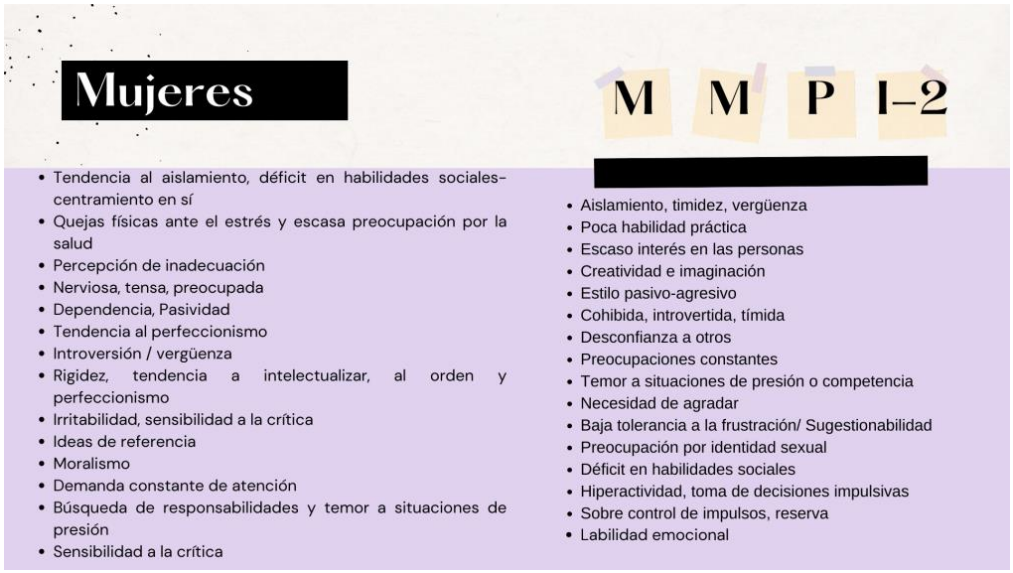
Características de personalidad.

Se calificaron cada uno de los perfiles de personalidad de los pacientes y se obtuvieron características comunes, sin embargo, como la literatura ha reportado no hay un solo perfil para desarrollar este padecimiento funcional gastrointestinal sino estrategias deficitarias, dificultades cognitivas y emocionales o fisiológicas que se encuentran como hábitos, los factores comunes se muestran en la figura 34 y 35, en que se enlistan por género los puntos en común en todos los perfiles.

Figura 34. Características comunes de la prueba de Personalidad en los pacientes masculinos atendidos.



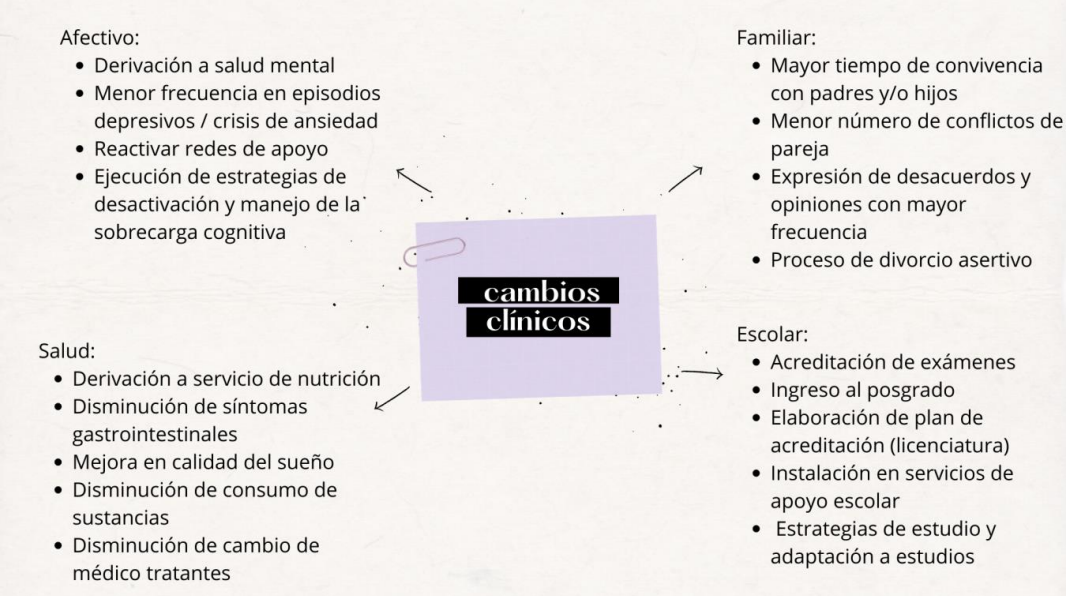
Figura 35. Características comunes de la prueba de Personalidad en las pacientes femeninas atendidas.



Datos clínicos adicionales.

En cuanto a los avances que los pacientes reportaron aunado a los síntomas afectivos, fisiológicos y gastrointestinales previamente mostrados se encontraron otros indicadores que los pacientes refirieron como mejora clínica los cuales se muestran en la figura 36 por áreas de vida y se sugiere revisar el anexo 32 para mayor detalle de caso por caso.

Figura 36. Cambios en las áreas de vida de los pacientes atendidos.



DISCUSIÓN

El presente estudio permitió identificar las características contextuales y personales con que se presentan los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales que acuden a un servicio psicológico por estados agudos de ansiedad, del estado de ánimo y problemas en su contexto que generan la necesidad de un trabajo multidisciplinario del psicólogo para la búsqueda de un trabajo a lo largo del continuo de salud-enfermedad de las enfermedades crónico-degenerativas y la sensibilización de lo fundamental que es el cuidado a la salud en todas sus dimensiones.

Con las fases de detección de necesidades y evaluación de síntomas gastrointestinales en los consultantes de la sede permitió una descripción con mayor claridad respecto a las dimensiones conductuales, cognitivas y afectivas que requerían las personas que acuden a consulta dado que no hay un perfil único en la población con síndrome de intestino irritable que se cumpla como regla sino un compendio de variables que se organizan a través del contexto y vivencias de la persona junto con su condición orgánica gestando, detonando o exacerbando el malestar físico y psicológico.

Los malestares gastrointestinales presentan dificultades en la sistematización o discriminación de los síntomas o del lenguaje para expresarlos, la cual es pieza clave para la diferenciación en el padecimiento de las distintas entidades que marcan la diferencia en el manejo por parte de la atención física y mental, ante ello la necesidad de poder incluir en el check list palabras de ayuda como “dolor como punzada” y de los síntomas de alerta para los consultantes del programa quienes presentaban diagnósticos psiquiátricos y crónicos de diferentes sistemas corporales permitió facilitar la descripción del malestar y poder encaminar a los pacientes a la atención ética de estos malestares.

El tratamiento modular mostró resultados clínicos significativos y tamaños medios-grandes de efectos en aquellos pacientes que se expusieron de forma completa a la intervención, tanto en los indicadores fisiológicos, conductuales y afectivos, así como en las consecuencias o generalización de las habilidades en las áreas de vida. Se resaltó la importancia de cada variable del mapa de patogénesis, no con la intención de estigmatizar las condiciones o características de la población con el padecimiento intestinal sino para comprender la relevancia de cada uno de los factores que contribuyen al padecimiento y la importancia de amoldar los tratamientos a las necesidades que los pacientes presentan así como a las precurrentes que presentan dado que no todos necesitaron exponerse en el mismo orden, intensidad o en las mismas situaciones a pesar de compartir síntomas permitiendo amoldarlo a sus recursos previos, necesidades y problemáticas concretas.

Se sugiere pertinente incrementar el número de participantes y réplicas acorde a las condiciones del sistema de salud y la comunidad en que se brinde la intervención, para determinar la generalización de los módulos llevados a cabo, para poder armar los tratamientos conforme a las necesidades del paciente que dan la oportunidad de generar un tratamiento breve en el componente psicológico del padecimiento gastrointestinal funcional en atención primaria.

En el presente estudio se obtuvieron indicadores importantes y problemáticas relevantes a las dimensiones afectivas, fisiológicas, conductuales y cognitivas que impactan negativamente en el estado de salud desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa que enriquece la comprensión de los factores precipitantes, detonantes y consecuentes del malestar psicológico y gastroenterológico.

Una barrera frecuente e importante en la literatura sobre el proceso de tratamiento son los altos costos para ser entregado ante las dificultades prácticas para que los pacientes acudan semanalmente a las visitas a la clínica o implementen los procedimientos entrenados para lo cual incluir los cambios percibidos por las personas alrededor de los pacientes que recibieron el tratamiento para poder contar con una opinión externa del contexto natural del paciente.

Algunos pacientes se encontraban en tratamiento en el momento en que se decretó la Pandemia por lo que se realizó el resto de los módulos en modalidad en línea, esto es una limitación por una parte, porque se perdió la toma de signos psicofisiológicos por sesión sin embargo también resultó ser una ventaja porque permitió hacer una transición de ambas modalidades y tener resultados significativos en los objetivos del tratamiento y como apoyo en la adaptación al confinamiento así como la búsqueda de alternativas para no dejar a los participantes sin atención.

Una limitación del estudio es que los meses de seguimiento fueron de máximo uno a seis meses por el tiempo institucional y de financiamiento del proyecto por lo cual se incluyó el último módulo sobre el plan de prevención a las recaídas así como la entrega de los carnets de cuidado a la salud de forma individual que requería un abordaje breve e intensivo que se oriente al cuidado de la salud física y mental en los estados agudos y ante los factores de riesgo que permitan implementar los repertorios conductuales entrenados en vez de la repetición de patrones poco adaptativos como la búsqueda continua de especialistas o la toma de medicamentos.

El manejo clínico que se hizo con las pacientes a lo largo del estudio fue acorde a los procedimientos establecidos para la obtención de datos que permitan la evaluación objetiva y que no transgredan las normas éticas establecidas por el código ético del psicólogo. Con el uso de recursos con bajos costos durante la intervención, transcripción y el análisis de los datos.

REFERENCIAS

Abuín, M. R. (2016). Terapia autógena: técnicas, fundamentos, aplicaciones en la salud y clínica y apoyo empírico. *Clínica y Salud*, *27*(3), 133-145. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.004

Alammar, N., & Stein, E. (2019). Irritable Bowel Syndrome: What Treatments Really Work. *The Medical clinics of North America*, *103*(1), 137–152. doi:10.1016/j.mcna.2018.08.006

Alcaráz, V. M. & Guma, E. (2001). *Texto de neurociencias cognitivas.* Ciudad de México: Manual Moderno.

Alcaráz, V. M. (2001). *Estructura y función del sistema nervioso percepción sensorial y estados del organismo*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Alcázar, R. J., Deffenbacher, J. L., & Byrne, Z. S. (2011). Assessing the Factor Structure of the Anger Expression Inventory (ML-STAXI) in a Mexican sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*(2), 307-318. Recuperado de http://hdl.handle.net/20.500.11777/979

Almansa, C., García-Sánchez, R., Barceló, M., Díaz-Rubio, M., & Rey, E. (2011). Translation, cultural adaptation, and validation of a Spanish version of the Irritable Bowel Syndrome Severity Score. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, *103*(12), 612-618. doi:10.4321/S1130-01082011001200002

Alpers, D. H. (2008). Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(6), 567–572. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.02.023

Alvarado, J. (2010). Sensibilidad visceral y dispepsia funcional: o ¿mucho más que eso? *Revista Colombiana de Gastroenterología*, *25*(3), 316-320. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572010000300014&lng=en&tlng=en

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM V.* Washington: American Psychiatric Association Publishing.

Anderson, P. O. (2019). A guide to treating Irritable Bowel Syndrome while breastfeeding. *Breasfeeding Medicine*, *14*(3), 1-2. doi:10.1089/bfm.2019.0005

Andreassi, J. L. (2007). *Psychophysiology human behavior and physiological response*. New York: Taylor & Francis Group.

Andresen, V. (2009). Visceral sensitivity testing. *Clinical gastroenterology*, *23*(3), 313–324. doi:10.1016/j.bpg.2009.04.007

Arnáez, S., García-Soriano, G. & Belloch, A. (2017). Hipocondría y pensamientos intrusos sobre la enfermedad: desarrollo y validación de un instrumento de evaluación. *Psicología Conductual*, *25*(1), 165-186. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/producto/hipocondria-y-pensamientos-intrusos-sobre-la-enfermedad-desarrollo-y-validacion-de-un-instrumento-de-evaluacion/

Arnáez, S., García-Soriano, G. & Belloch, A. (2019). Creencias disfuncionales en la hipocondría: Un estudio familiar. *Anales de Psicología*, *35*(1), 19-25. doi:10.6018/analesps.35.1.3175001

Azpiroz, F. (2002). Gastrointestinal perception: pathophysiological implications. *Neurogastroenterology and motility*, *14*(3), 229–239. doi:10.1046/j.1365-2982.2002.00324.x

Ballou, S., & Keefer, L. (2017a). Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Diseases. *Clinical and translational gastroenterology*, *8*(1), e214. doi:10.1038/ctg.2016.69

Ballou, S. & Keefer, L. (2017b). The impact of irritable bowel syndrome on daily functioning: Characterizing and understanding daily consequences of IBS. *Neurogastroenterology and motility*, *29*(4), 1-11. doi:10.1111/nmo.12982

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5

Bennett, E. J., Evans, P., Scott, A. M., Badcock, C. A., Shuter, B., Höschl, R., Tennant, C. C., & Kellow, J. E. (2000). Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders. *Gut*, *46*(1), 83–87. doi:10.1136/gut.46.1.83

Blanchard, E. B. (1993). Irritable Bowel Syndrome. En R. Gatchel & E. B. Blanchard (Eds.), *Psychological Disorders: Research and clinical applications* (pp. 23-62). New York: British Library.

Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Gusmano, R., Gudleski, G. D., Sanders, K., Keefer, L., & Krasner, S. (2006). Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*, *44*(3), 317–337. doi:10.1016/j.brat.2005.01.003

Blanchard, E. B., Scharff, L., Payne, A., Schwarz, S. P., Suls, J. M., & Malamood, H. (1992). Prediction of outcome from cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, *30*(6), 647–650. doi:10.1016/0005-7967(92)90011-5

Blanchard, E. B., Schwarz, S. P., Neff, D. F., & Gerardi, M. A. (1988). Prediction of outcome from the self-regulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, *26*(2), 187–190. doi:10.1016/0005-7967(88)90119-2

Blewett, A., Allison, M., Calcraft, B., Moore, R., Jenkins, P., & Sullivan, G. (1996). Psychiatric disorder and outcome in irritable bowel syndrome. *Psychosomatics*, *37*(2), 155–160. doi:10.1016/S0033-3182(96)71582-7

Bordoni, B., & Morabito, B. (2018). Symptomatology Correlations Between the Diaphragm and Irritable Bowel Syndrome. *Cureus*, *10*(7), e3036. doi:10.7759/cureus.3036

Bradesi, S., Schwetz, I., Ennes, H. S., Lamy, C. M., Ohning, G., Fanselow, M., Pothoulakis, C., McRoberts, J. A., & Mayer, E. A. (2005). Repeated exposure to water avoidance stress in rats: a new model for sustained visceral hyperalgesia. *American journal of physiology. Gastrointestinal and liver physiology*, *289*(1), G42–G53. doi:10.1152/ajpgi.00500.2004

Brakoulias, V. (2014). DSM-5 bids farewell to hypochondriasis and welcomes somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *48*(7), 688. doi:10.1177/0004867414525844

Brandt, L. J., Bjorkman, D., Fennerty, M. B., Locke, G. R., Olden, K., Peterson, W., Quigley, E., Schoenfeld, P., Schuster, M., & Talley, N. (2002). Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *The American journal of Gastroenterology*, *97*(11), S7–S26. doi:10.1016/s0002-9270(02)05657-5

Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2000). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Caballero, L. (2008). Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. *Jano: Medicina y humanidades*, *1714*. 15-28. Recuperado de https://hipnosis.es/documentos/clinica/patologias-abordables-hipnosis/Sindrome_del_Intestino_Irritable.pdf

Caballero, L. (s.f.). Capítulo 21. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (VI). Trastornos somatomorfos. *Tratado de Psiquiatría*, 465-482. Recuperado de https://psiquiatria.com/tratado/cap_25.pdf

Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y estrés*, *17*(1), 75-97. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230580870_Los_desordenes_emocionales_en_Atencion_Primaria

Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.

Carmona-Sánchez, R., Icaza-Chávez, M. E., Bielsa-Fernández, M. V., Gómez- Escudero, O., Bosques- Padilla, F., Coss-Adame, E., Esquivel- Ayanegui, F., Flores-Rendón, Á. R., González-Martínez, M. A., Huerta-Iga, F., López-Colombo, A., Méndez-Gutiérrez, T. H., Noble-Lugo, A., Nogueira, J. R., Raña-Garibay, R. H., Remes- Troche, J. M., Roesch-Dietlen, F., Schmulson, M. J., Soto-Pérez, J. C., Tamayo, J. L., Uscanga, L. F., Valdovino, M. Á., Valerio- Ureña, J., & Zavala- Solares, M. R. (2016). Consenso mexicano sobre intestino irritable. *Revista de Gastroenterología de México*, *81*(3), 149-167. doi:10.1016/j.rgmx.2016.01.004

Carrera, E., López, A., & Boixeda, D. (2009). Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la función sexual. *Gastroenterología y Hepatología*, *32*(Supl 2), 50-54. doi:10.1016/S0210-5705(09)72606-8

Cerezo-Reséndiz, S., & Hurtado-Rodríguez, C. (2011). Principales aportaciones a la medicina conductual de joseph dominic matarazzo. *Journal of Behavior,Health & Social Issues*, *3*(2), 49-59. doi:10.5460/jbhsi.v3.2.30218

Chang, F. Y. (2014). Irritable bowel syndrome: the evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World Journal of Gastroenterology*, *20*(10), 2499–2514. doi:10.3748/wjg.v20.i10.2499

Chida, Y., & D'Phil, A. S. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology, 53*(11), 936-946. doi:10.1016 / j.jacc.2008.11.044.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316–336. doi:10.1037//0021-843x.100.3.316

Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. En G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Ader (Eds.), *Health psychology: a handbook* (pp.217-254). San Francisco: Jossey-Bass.

Corsetti, M. & Whorwell, P. (2017). The global impact of IBS: time to think about IBS-specific models of care?. *Therapeutic advances in gastroenterology*, *10*(9): 727–736. DOI: 10.1177/1756283X17718677

Creed, F. (1999). The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome. *The American Journal of Medicine, 107*(5 supl. 1), 74S-80S. doi:10.1016/S0002-9343(99)00083-2

Creed, F., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Palmer, S., Rigby, C., Tomenson, B., Guthrie, E., Read, N., Thompson, D. G., & North of England IBS Research Group (2005). Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic, and neurasthenic disorders. *The British Journal of Psychiatry, 186*, 507–515. doi:10.1192/bjp.186.6.507

Creed, F., Tomenson, B., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Read, N., Palmer, S., & Thompson, D. G. (2008). The relationship between somatization and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(6), 613–620. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.02.016

Cuomo, R., Andreozzi, P., Zito, F. P., Passananti, V., De Carlo, G., & Sarnelli, G. (2014). Irritable bowel syndrome and food interaction. *World journal of gastroenterology*, *20*(27), 8837–8845. doi:10.3748/wjg.v20.i27.8837

Dale, H. F., Rasmussen, S. H., Asiller, Ö. Ö., & Lied, G. A. (2019). Probiotics in Irritable Bowel Syndrome: An Up-to-Date Systematic Review. *Nutrients*, *11*(9), 2048. doi:10.3390/nu11092048

Dezetter, A., Briffault, X., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bruffaerts, R., Girolamo de, G., Graaf de, R., Haro, J. M., König, H. H., & Kovess-Masfety, V. (2011). Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatric services*, *62*(2), 143–151. doi:10.1176/ps.62.2.pss6202_0143

Dimsdale, J. E., Xin, Y., Kleinman, A., Patel, V., Narrow, W. E., Sirovakta, P. J. & Regier, D. A. (Eds.). (2010). *Manifestaciones somáticas de los trastornos mentales*. Madrid: Elsevier Masson.

Dindo, L. & Lackner, J. (2017). Effects of Different Coping Strategies on Physical and Mental Health of Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *15*, 1500-1503. doi:10.1016/j.cgh.2017.03.041

Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, *150*(6), 1262-1279. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.032

Drossman, D. A. & Thompson, W. G. (1992). The irritable bowel syndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. *Annals of internal medicine*, *116*(12 Pt 1), 1009-1016. doi:10.7326/0003-4819-116-12-1009

Elliott, T. R., & Hurst, M. (2008). Social Problem Solving and Health. *Biennial review of counseling psychology, 1*, 295–309. doi:10.1901/jaba.2008.1-295

Endo, Y., Shoji, T., & Fukudo, S. (2015). Epidemiology of irritable bowel syndrome. *Annals of Gastroenterology*, *28*(2), 158-159. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367204/

Evans, P. R., Bennett, E. J., Bak, Y. T., Tennant, C. C., & Kellow, J. E. (1996). Jejunal sensorimotor dysfunction in irritable bowel syndrome: clinical and psychosocial features. *Gastroenterology*, *110*(2), 393–404. doi:10.1053/gast.1996.v110.pm8566585

Everhart, J. E., & Ruhl, C. E. (2009). Burden of digestive diseases in the United States, part I: overall and upper gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*, *136*(2), 376–386. doi:10.1053/j.gastro.2008.12.015

Fadgyas-Stanculete, M., Capatina, O., Pojoga, C., & Surdea-Blaga, T. (2019). Anger Mediates the Relationship between Pain and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of gastrointestinal and liver diseases*, *28*(4), 415–419. doi:10.15403/jgld-533

Fahrion, S. L., & Norris, P. A. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *54*(2), 217–231. Recuperado de https://psycnet.apa.org/record/1991-02144-001

Fass, R., Fullerton, S., Naliboff, B., Hirsh, T., & Mayer, E. A. (1998). Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia. *Digestion*, *59*(1), 79–85. doi:10.1159/000007471

Fernández-Castillo, E., Molerio, O., Graub, R. & Cruz, A. (2016). Afectividad negativa en estudiantes universitarios: un estudio exploratorio. *Ansiedad y estrés*, *22*, 26-32. doi:10.1016/j.anyes.2016.03.001

Figueroa, C. (2015). Dieta baja en FODMAP en el síndrome de intestino irritable. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, *26*(5), 628-633. doi:10.1016/j.rmclc.2015.08.002

Fonseca, G. (2019). La respuesta inmune (conceptos básicos). En J. K. Yamamoto & L. Uscanga (Eds.), *Inmunopatología de enfermedades del aparato digestivo* (pp.1-5). Ciudad de México: Permanyer.

Fowlie, S., Eastwood, M. A., & Ford, M. J. (1992). Irritable bowel syndrome: the influence of psychological factors on the symptom complex. *Journal of psychosomatic research*, *36*(2), 169–173. doi:10.1016/0022-3999(92)90025-w

Francisconi, C. F., Sperber, A. D., Fang, X., Fukudo, S., Gerson, M. J., Kang, J. Y., & Schmulson, M. (2016). Multicultural Aspects in Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs). *Gastroenterology*, *150*, 1344-1354. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.013

Frojan, M. X. (1998). *Consultoría conductual: terapia psicológica breve*. Madrid: Pirámide.

Fuente de la, A., Pellico, A., Fernández, M. J., Landaluce, M., Rodríguez, M. L., & Mora, E. (2014). Abordaje de los trastornos psicosomáticos desde atención primaria de salud. Opciones

terapéuticas para el abordaje de trastornos somatomorfos. *Medicina General y Familiar, 3*(7), 186-192. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6340041

Funk, M., Saraceno, B., Drew, N., & Faydi, E. (2008). Integrating mental health into primary healthcare. *Mental health in family medicine*, *5*(1), 5–8. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22477840/

Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A., & Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, *26*(2), 263-271. Recuperado de https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2202

Garakani, A., Win, T., Virk, S., Gupta, S., Kaplan, D., & Masand, P. S. (2003). Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *American Journal of Therapeutics*, *10*(1), 61–67. doi:10.1097/00045391-200301000-00014

García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., & Oliván, B. (2005). Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *10*(1), 15-23. doi:10.5944/rppc.vol.10.num.1.2005.3987

García-Fontanals, A., & Deus, J. (2010). Evaluación de los Trastornos de la Personalidad mediante la SCID-II, el TCI-R y el MCMI-II. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, *96*, 9-19. Recuperado de https://ddd.uab.cat/record/123833

Gatchel, R. J. (1993). Psychophysiological Disorders: past and present perspectives. En R. J. Gatchel & E. B. Blanchard (Eds.), *Psychological Disorders: Research and clinical applications* (pp.1-21). New York: British Library.

Gerson, C. D., Chang, M. J., Corazziari, E. S., Dumitrascu, D., Ghosal, U. C., Pocelli, P., Schmulson, M., Wang, W. A., & Salí, M. (2015). A cross-cultural investigation of attachment style, catastrophizing, negative pain beliefes, and symptom severity in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and motility*,*27*, 490-500. doi:10.1111/nmo.12518

Greene, B., & Blanchard, E. B. (1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of consulting and clinical psychology*, *62*(3), 576–582. doi:10.1037//0022-006x.62.3.576

Greenhalgh, T. (2009). WHO/WONCA report–Integrating Mental Health in Primary Care: A Global Perspective. *London Journal of Primary Care, 2*(1), 81–82. doi:10.1080/17571472.2009.11493254

Grunkemeier, D. M., Cassara, J. E., Dalton, C. B. & Drossman, D. A. (2007). The narcotic bowel syndrome: clinical features, pathophysiology, and management. *Clinical gastroenterology and hepatology*, *5*(10), 1126–1122. doi:10.1016/j.cgh.2007.06.013

Gupta, D., Ghoshal, U. C., Misra, A., Misra, A., Choudhuri, G., & Singh, K. (2007). Lactose intolerance in patients with irritable bowel syndrome from northern India: a case-control study. *Journal of gastroenterology and hepatology*, *22*(12), 2261–2265. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.04986.x

Guthrie, E., Creed, F. H., & Whorwell, P. J. (1987). Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *British medical journal*, *295*(6598), 577–578. doi:10.1136/bmj.295.6598.577

Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *4*(3), 234-243. doi:10.4321/S1699-695X2011000300009

Hagerty, S. L., Ellingson, J. M., Helmuth, T. B., Bidwell, L. C., Hutchison, K. E., & Bryan, A. D. (2019). An Overview and Proposed Research Framework for Studying Co-Occurring Mental- and Physical-Health Dysfunction. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, *14*(4), 633–645. doi:10.1177/1745691619827010

Halpin, S. J., & Ford, A. C. (2012). Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology*, *107*(10), 1474–1482. doi:10.1038/ajg.2012.260

Hathaway, S. R., & McKenley, J. C. (1940). A Multiphasic Personality Schedule (Minnesota). I. Construction of the schedule. *The Journal of Psychology*, *10*(2), 249-254. doi: 10.1080/00223980.1940.9917000

Haug, T. T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2002). Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *37*(3), 294–298. doi:10.1080/003655202317284192

Hauser, G., Pletikosic, S., & Tkalcic, M. (2014). Cognitive behavioral approach to understanding irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, *20*(22), 6744–6758. doi:10.3748/wjg.v20.i22.6744

Hausteiner-Wiehle, C., & Henningsen, P. (2014). Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World journal of gastroenterology*, *20*(20), 6024–6030. doi:10.3748/wjg.v20.i20.6024

Hayes, P. A., Fraher, M. H., & Quigley, E. M. (2014). Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. *Gastroenterology & Hepatology*, *10*(3), 164–174. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24829543/

Heaton, K. W., Ghosh, S., & Braddon, F. E. (1991). How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form, *Gut*, *32*(1), 73–79. doi:10.1136/gut.32.1.73

Heidelbaugh, J. J., Stelwagon, M., Miller, S. A., Shea, E. P., & Chey, W. D. (2015). The spectrum of constipation-predominant irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: US survey assessing symptoms, care seeking, and disease burden. *The American journal of gastroenterology*, *110*(4), 580–587. doi:10.1038/ajg.2015.67

Hernández T. & Frojan, M. X. (1998). Estrés: el miedo a tener algo físico. En M. X., Frojan (Ed.), *Consultoría conductual: terapia psicológica breve* (pp.80-95). Madrid: Pirámide.

Hurtado, H., Sánchez, V. C., Bedoya, L. M., Londoño, N., Juárez, F., Marín, C., Muñóz, O, Agudelo, D., & Gómez, Y. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, *3*(1), 59-71. Recuperado de https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/10613/10038

Irvine, E. J., Tack, J., Crowell, M. D., Gwee, K. A., Ke, M., Schmulson, M. J., Whitehead, W. E., & Spiegel, B. (2016). Design of Treatment Trials for Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, *150*(6), 1469–1480. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.010

Janssens, K. A., Zijlema, W. L., Joustra, M. L., & Rosmalen, J. G. (2015). Mood and Anxiety Disorders in Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, and Irritable Bowel Syndrome: Results From the LifeLines Cohort Study. *Psychosomatic medicine*, *77*(4), 449–457. doi:10.1097/PSY.0000000000000161

Jerndal, P., Ringström, G., Agerforz, P., Karpefors, M., Akkermans, L. M., Bayati, A., & Simrén, M. (2010). Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neurogastroenterology and Motility*, *22*(6), 646-e179. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01493.x.

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *21*(3), 26-31. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.

Kazi, F. N., Agarwal, A., & Kanni, P. (2020). Comparison of Kruis, Manning and Rome IV Criteria in Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Gastroenterology*, *4*(2): 34-40. doi:10.11648/j.ijg.20200402.12

Kellow, J. (2016). Introducción. En Rome Foundation (Ed.), *Algoritmos Diagnósticos de Roma IV para síntomas GI comunes* (pp.XIX-XXIV). Ciudad de México: Permanyer.

Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*(11), 647–655. doi:10.1097/00005053-199111000-00001

Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic medicine*, *69*(9), 832–840. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b002c

Koloski, N. A., Talley, N. J., & Boyce, P. M. (2000). The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *The American journal of gastroenterology*, *95*(1), 67–71. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.01735.x

Kramp, U. (2012). Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos. *Psicothema*, *24*(4), 529-535. Recuperado de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72723959004

Kruis, W., Thieme, C., Weinzierl, M., Schüssler, P., Holl, J., & Paulus, W. (1984). A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*, *87*, 1-7. doi:10.1016/0016-5085(84)90119-7

Krumboltz, J. D. & Torensen, C. E. (1981). *Métodos de Consejo Psicológico*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Labrador, F. J. (2013). *Técnicas de Modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Labus, J. S., Bolus, R., Chang, L., Wiklund, I., Naesdal, J., Mayer, E. A., & Naliboff, B. D. (2004). The Visceral Sensitivity Index: development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *20*, 89-97. doi:10.1111/j.1365-2036.2004.02007.x

Labus, J. S., Mayer, E. A., Chang, L., Bolus, R., & Naliboff, B. D. (2007). The central role of gastrointestinal-specific anxiety in irritable bowel syndrome: further validation of the visceral sensitivity index. *Psychosomatic medicine*, *69*(1), 89–98. doi:10.1097/PSY.0b013e31802e2f24

Lackner, J. M., Ma, C. X., Keefer, L., Brenner, D. M., Gudleski, G. D., Satchidanand, N., Firth, R., Sitrin, M. D., Katz, L., Krasner, S. S., Ballou, S. K., Naliboff, B. D., & Mayer, E. A. (2013). Type, rather than number, of mental and physical comorbidities increases the severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical gastroenterology and hepatology*, *11*(9), 1147–1157. doi:10.1016/j.cgh.2013.03.011

Lacy, B. E., & Patel, N. K. (2017). Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, *6*(11), *99*. doi:10.3390/jcm6110099

Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology*, *150*(6), 1393-1407. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031

Latimer, P. (1983). *Functional Gastrointestinal Disorders: A behavioral medicine approach.* New York: Springer Publishing Company.

Lau, D. & Navarro, N. (2019). Genética, pieza fundamental del rompecabezas inmunológico En J. K. Yamamoto & L. Uscanga (Eds.), *Inmunopatología de enfermedades del aparato digestivo* (pp. 7-11). Ciudad de México: Permanyer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos evaluación afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez-Roca.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lee, V., Guthrie, E., Robinson, A., Kennedy, A., Tomenson, B., Rogers, A., & Thompson, D. (2008). Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. *Journal of psychosomatic research*, *64*(2), 129–138. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.09.004

Leventhal, A. M. (2008). Sadness, depression, and avoidance behavior. *Behavior modification*, *32*(6), 759–779. doi:10.1177/0145445508317167

Longstreth, G. F. (2003). Clinical diagnosis of Irritable Bowel Syndrome. En M. Camilleri & R. C. Spiller (Eds.), *Irritable Bowel Syndrome: Diagnosis and treatment* (pp. 1-10). Londres: Elsevier Science.

Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, *130*(5), 1480–1491. doi:10.1053/j.gastro.2005.11.061

López-Colombo, A. & Schmulson, M. J. (2014). Síndrome de Intestino Irritable. En M. J. Schmulson (Ed.), *Cien preguntas clave en trastornos funcionales gastrointestinales* (pp. 43-52). Ciudad de México: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología & Permanyer.

Lozupone, C. A., Stombaugh, J. I., Gordon, J. I., Jansson, J. K., & Knight, R. (2012). Diversity, stability, and resilience of the human gut microbiota. *Nature*, *489*(7415), 220–230. doi:10.1038/nature11550

Lucio, E., Reyes-Lagunes, I., & Scott, R. L. (1994). MMPI-2 for Mexico: Translation and Adaptation. *Journal of Personality Assessment*, *63*(1), 105–116. doi:10.1207/s15327752jpa6301_9

Lucio, E., & Reyes-Lagunes (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México: Manual Moderno.

Lucio, E., Durán, C., Heredia, M. C., Arenas, P., & Martínez, L. V. (2015). *Inventario Multifásico de la personalidad Minnesta-2: manual de aplicación, calificación e interpretación.* México: Manual Moderno.

Luria, A. R. (2000). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Visor.

Macías, M. A., Orozco, C. M., Amarís, M. V., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, *30*(1), 123–145. Recuperado de https://psycnet.apa.org/record/2014-04443-006

Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W., & Morris, A. F. (1987). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal*, *2*(6138), 653-654. doi:10.1136/bmj.2.6138.653

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, *35*(9), 807–817. doi:10.1037/0003-066x.35.9.807

Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. & D'Zurilla, T. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the revised Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, *29*(4), 699-708. doi:10.1016/S0191-8869(99)002

Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., & Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y estrés*, *22*, 47-54. doi:10.1016/j.anyes.2016.11.001

Meining, A. & Bajbouj, M. (2016). Gastric inlet patches in the cervical esophagus: what they are, what they cause, and how they can be treated. *Gastrointestinal endoscopy*, *84*(6), 1027-1029. doi:10.1016/j.gie.2016.08.012

Meissner, J. S., Blanchard, E. B., & Malamood, H. S. (1997). Comparison of treatment outcome measures for irritable bowel syndrome. *Applied psychophysiology and biofeedback*, *22*(1), 55–62. doi:10.1023/a:1026289709751

Merino, C. (2012). Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia psicológica*, *30*(2), 85-90. doi:10.4067/S0718-4808e2012000200009

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado-Morales, M. I. & Spielberger, C. D. (Eds.). (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (S.T.A.X.I.-2).* Madrid: TEA ediciones.

Mikocka-Walus, A., Turnbull, D., Moulding, N., Wilson, I., Andrews, J. M., & Holtmann, G. (2008). Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients. *Journal of gastroenterology and hepatology*, *23*(7 Pt 1), 1137–1143. doi:10.1111/j.1440-1746.2007.05245.x

Moral, J. & Alvarado, B. G. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de síntomas somáticos revisada en adultos mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *14*(4), 206-222. Recuperado de http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/28901

Moral, J., & Segovia, M. P. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de expresión de la ira en mujeres con VIH. *Ciencia UANL*. *18*(74), 38-43. Recuperado de http://cienciauanl.uanl.mx/?p=4558

Moral, J., González, M., & Landero, R. (2010). Factor structure of the STAXI-2-AX and its relationship to the burnout in housewives. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(1), 418-430. doi:10.1017/S1138741600003978

Mujagic, Z., Keszthelyi, D., Aziz, Q., Reinisch, W., Quetglas, E. G., De Leonardis, F., Segerdahl, M., & Masclee, A. A. (2015). Systematic review: instruments to assess abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *42*(9), 1064–1081. doi:10.1111/apt.13378

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Muscatello, M. R., Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, U., Stilo, S., Scaffidi, M., Consolo, P., Tortora, A., Pallio, S., Giacobbe, G., Familiari, L., & Zoccali, R. (2010). Depression, anxiety, and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *17*(1), 64–70. doi:10.1007/s10880-009-9182-7

Muscatello, M. R., Bruno, A., Scimeca, G., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2014). Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, *20*(24), 7570–7586. doi:10.3748/wjg.v20.i24.7570

Mussell, M., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Herzog, W. & Löwe, B. (2008). Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(6), 605–612. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.02.019

Naliboff, B. D., Munakata, J., Chang, L., & Mayer, E. A. (1998). Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*, *45*(6), 485–492. doi:10.1016/s0022-3999(98)00049-x

Neff, D. F., & Blanchard, E. B. (1987). A multi-component treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, *18*(1), 70–83. doi:10.1016/S0005-7894(87)80052-7

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with

DSM-IV hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research, 101*, 31–37. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.07.010

Nezu, A. & Nezu, C. M. (2019). *Emotion-centered problem-solving therapy: treatment guidelines.* New York: Springer Publishing Company.

Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (1989). *Clinical decision making in behavioral medicine: a problem solving perspective.* Illinois: Research Press.

Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, *35*(1), 1-33. doi:10.1016/S0005-7894(04)80002-9

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, *11*(2), 187–205. doi:10.1023/A:1016653407338

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D´Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de Tratamiento.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., McClure, K. S., & Houts, P. S. (2003). Project Genesis: Assessing the Efficacy of Problem-Solving Therapy for Distressed Adult Cancer Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1036–1048. doi:10.1037/0022-006X.71.6.1036

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., & Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *10*(5), 489–498. doi:10.1007/BF01177813

Ng, Q. X., Foo, N. X., Loke, W., Koh, Y. Q., Seah, V., Soh, A., & Yeo, W. S. (2019). Is there an association between Helicobacter pylori infection and irritable bowel syndrome? A meta-analysis. *World Journal of* Gastroenterology, *25*(37), 5702–5710. doi:10.3748/wjg.v25.i37.5702

Nieves, S. Y., González, A., Beyebach, M., & Torres, P. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Revista chilena de* neuropsiquiatría, *48*(1), 20-29. doi:10.4067/S0717-92272010000200003

Oliva, F. J., & Calleja, N. (2010). Medición de la ira en el deporte de combate: validación del STAXI-2 en deportistas mexicanos. *Liberabit*, *16*(1), 51-60. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n1/a06v16n1.pdf

Oliva, F. J., Hernández, M. del R., & Calleja, N. (2010). Validación de la versión mexicana del inventario de expresión de ira estado-rasgo (staxi-2). *Acta Colombiana de Psicología*, *13*(2), 107-117. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552010000200010&script=sci_abstract&tlng=es

Oshima, T., & Miwa, H. (2015). Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Japan and in the World. *Journal of neurogastroenterology and motility*, *21*(3), 320–329. doi:10.5056/jnm14165

Padhy, S. K., Sahoo, S., Mahajan, S., & Sinha, S. K. (2015). Irritable bowel syndrome: Is it "irritable brain" or "irritable bowel"?. *Journal of neurosciences in rural practice*, *6*(4), 568–577. doi:10.4103/0976-3147.169802

Palomar, J., Harari, A. P., & Pilar, M. (2010). Elaboración de una escala de resolución de problemas para adultos (ERPA). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *15*(1), 31-39. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213133003

Palsson, O. S., Baggish, J., & Whitehead, W. E. (2014). Episodic nature of symptoms in irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenterology*, *109*(9), 1450–1460. doi:10.1038/ajg.2014.181

Palsson, O. S., Whitehead, W. E., Van Tilburg, M. A. L., Chang, L., Chey, W., Crowell, M. D., Keefer, L., Lembo, A. J., Parkman, H. P., Rao, S. S. C., Sperber, A., Spiegel, B., Tack, J., Vanner, S., Walker, L. S., Whorwell, P., & Yang, Y. (2016). Development and Validation of the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Adults. *Gastroenterology*, *150*(6), 1481-1491. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.014

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*, *40*(4), 357–367. doi:10.1016/j.beth.2008.10.006

Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect Size in Single-Case Research: A Review of Nine Nonoverlap Techniques. *Behavior Modification*, *35*(4), 303–322. doi:10.1177/0145445511399147

Pascual, P., & Cerecedo, M. J. (2015). Somatización o síntomas somáticos y trastornos relacionados. *Actualización en Medicina Familiar*, *11*(5), 281-286. Recuperado de https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1433

Persons, J. B. & Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. En T. Eells (ed.), *Handbook of psychoterapy case formulation* (pp. 290-316). Nueva York: New-Guilford Press.

Petricone-Westwood, D., Jones, G., Mutsaers, B., Séguin, C., Tomei, C., Trudel, G., Dinkel, A., & Lebel, S. (2019). A Systematic Review of Interventions for Health Anxiety Presentations Across Diverse Chronic Illnesses. *International Journal Behavioral Medicine*, *26*, 3–16. doi:10.1007/s12529-018-9748-6

Piacentino, G., López-Colombo, A., Schmulson, M. J., Dickman, R., Sperber, A. D. Mearin, F. & Corazziari, E. (2019). Psychological Factors Have a Varying Effect on Disease Severity in Irritable Bowel Syndrome Patients from Five Countries: Preliminary Results from the Fosqarp Transcultural Study. *Gastroenterology*, *156*(6), S-91. doi:10.1016/S0016-5085(19)37014-3

Piche, T., Ducrotté, P., Sabate, J.M., Coffin, B., Zerbib, F., Dapoigny, M., Hua, M., Marine-Barjoan, E., Dainese, R., & Hébuterne, X. (2010). Impact of functional bowel symptoms on quality of life and fatigue in quiescent Crohn disease and irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, *22*, 626-e174. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01502.x

Piskorz, M. M., Gentile, M., Clerici, R., Stefanolo, J. P., Tévez, A., Manresa, M. M., Sordá, J. A., & Olmos, J. A. (2017). Nuevos conceptos y abordaje del paciente con eructos frecuentes. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, *47*(3), 219-224. Recuperado de http://actagastro.org/nuevos-conceptos-y-abordaje-del-paciente-con-eructos-frecuentes/

Poitras, P., Riberdy Poitras, M., Plourde, V., Boivin, M., & Verrier, P. (2002). Evolution of visceral sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Digestive diseases and sciences*, *47*(4), 914–920. doi:10.1023/a:1014729125428

Porcelli, P., Carne de, M., & Leandro, G. (2017). The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Comprehensive psychiatry*, *73*, 127–135. doi:10.1016/j.comppsych.2016.11.010

Porras, R., López-Colombo, A., & Schmulson, M. (2015). Incremento en las publicaciones científicas sobre síndrome de intestino irritable en México y Latinoamérica. *Revista de Gastroenterología de México*, *80*(3), 228-235. doi:10.1016/j.rgmx.2015.06.007

Qin, H. Y., Cheng, C. W., Tang, X. D., & Bian, Z. X. (2014). Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology*, *20*(39), 14126–14131. doi: 10.3748/wjg.v20.i39.14126

Quintanilla, R., Haro, L. P., Vega, J. C., González, J. M., & Ramírez, L. E. (2004). Educación y salud Mental. *Revista de Educación y Desarrollo*, *3*, 61-64. Recuperado de https://amsmx.files.wordpress.com/2014/02/educacion-y-salud-mental

Reme, S. E., Kennedy, T., Jones, R., Darnley, S., & Chalder, T. (2010). Predictors of treatment outcome after cognitive behavior therapy and antispasmodic treatment for patients with irritable bowel syndrome in primary care. *Journal of psychosomatic research*, *68*(4), 385–388. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.003

Reséndiz-Figueroa, F. E., Ortíz-Garrido, O. M., Pulido, D., Arcila-Martinez, D., & Schmulson, M. (2008). Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino Irritable. *Revista de Gastroenterología Mexicana*, *73*(1), 3-10. Recuperado de http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-impacto-rasgos-ansiedad-depresion-sobre-articulo-13131664

Reynoso, L. & Seligson, I. (Eds.). (2005). *Psicología clínica de la salud: enfoque conductual*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Rinninella, E., Cintoni, M., Raoul, P. Gasbarrini, A., & Mele, A. C. (2020). Food Additives, Gut Microbiota, and Irritable Bowel Syndrome: A Hidden Track. *International Journal of Enviromental Research of Public Health*, *17*(23), 8816. doi:10.3390/ijerph17238816

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Paéz, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista mexicana de Psicología*, *18*, 211-218. Recuperado de http://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-depsicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-deansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas

Rodríguez, O. G. & Rojas, R. M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa.

Roest De, R. H., Dobbs, B. R., Chapman, B. A., Batman, B., O'Brien, L. A., Leeper, J. A., Hebblethwaite, C. R., & Gearry, R. B. (2013). The low FODMAP diet improves gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a prospective study. *International Journal of Clinical Practice*, *67*(9), 895–903. doi:10.1111/ijcp.12128

Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British journal of health psychology*, *7*(4), 377–391. doi:10.1348/135910702320645372

Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World journal of gastroenterology*, *20*(22), 6759–6773. doi:10.3748/wjg.v20.i22.6759

Saigo, T., Tayama, J., Hamaguchi, T., Nakaya, N., Tomiie, T., Bernick, P. J., Kanazawa, M., Labus, J. S., Naliboff, B. D., Shirabe, S., & Fukudo, S. (2014). Gastrointestinal specific anxiety in irritable bowel syndrome: validation of the Japanese version of the visceral sensitivity index for university students. *BioPsychoSocial Medicine*, *8*(10), 1-9. doi:10.1186/1751-0759-

Salkovskis, P. M., & Rimes, K. A. (1997). El enfoque cognitivo- comportamental para la ansiedad por la salud ("Hipocondría"). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *2*(2), 111-122. Recuperado de http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3837/3692

Sánchez, V. A. (2021). *Propiedades del test de solución de problemas y comparación entre grupos que solicitan y no solicitan ayuda psicológica* (tesis de licenciatura inédita). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar al bien morir: la interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez & M. E. Rojas (Eds.), *La Psicología de la Salud en América Latina* (pp. 35-44). México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: the role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, *19*, 85-92. Recuperado de https://psycnet.apa.org/record/2002-17669-007

Sánchez-Sosa, J. J. (2008). Competencias científicas y profesionales cimientos metodológicos de integración de las ciencias del comportamiento. En C. Carpio (Ed.), *Competencias científicas y profesionales del psicólogo* (pp. 247 282). Ciudad de México: UNAM FES Iztacala.

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, *26*(3), 167-180. doi:10.1016/j.clysa.2015.09.004

Sayuk, G. S., & Gyawali, C. P. (2015). Irritable bowel syndrome: modern concepts and management options. *The American journal of medicine*, *128*(8), 817–827. doi:10.1016/j.amjmed.2015.01.036

Schmulson, M. (2017). ECOS el síndrome de intestino irritable (SII) en la DDW 2017. *Revista de Gastroenterología de México*, *82*(supl.1), 45-47. Recuperado de http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-X0375090617616674

Schmulson, M., Vargas, J. A., López-Colombo, A., Remes-Troched, J. M., & López-Alvarenga, J. C. (2010). Prevalencia y caracterización de los subtipos de SII según los criterios de Roma III, en un estudio clínico, multicéntrico. Reporte del grupo mexicano de estudio para el SII. *Revista de Gatroenterología de México*, *4*(75), 427-438. Recuperado de http://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-prevalencia-caracterizacion-subtipos-sii-segun-articulo-X0375090610898479

Schultz, J. H. & Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy. Vol.I:Autogenic methods*. New York: Grune & Stratton.

Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of behavioral medicine*, *1*(3), 249–251. doi:10.1007/BF00846677

Sebastián, J, J. (2017). Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, *148*(10), 464-468. doi:10.1016/j.medcli.2016.12.020

Shaw, G., Srivastava, E. D., Sadlier, M., Swann, P., James, J. Y., & Rhodes, J. (1991). Stress management for irritable bowel syndrome: a controlled trial. *Digestion*, *50*(1), 36–42. doi:10.1159/000200738

Simrén, M., Törnblom, H., Palsson, O. S., Van Tilburg, M., Van Oudenhove, L., Tack, J., & Whitehead, W. E. (2018). Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohorts. *Gut*, *67*(2), 255–262. doi:10.1136/gutjnl-2016-312361

Soares, R. L. S. (2014). Irritable bowel syndrome: A clinical review. *World Journal Gastroenterology*, *20*(34), 12144-12160. doi:10.3748/wjg.v20.i34.12144

Sperber, A. D., Dumitrascu, D., Fukudo, S., Gerson, C., Ghoshal, U. C., Gwee, K. A., Hungin, A., Kang, J. Y., Minhu, C., Schmulson, M., Bolotin, A., Friger, M., Freud, T., & Whitehead, W. (2017). The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. *Gut*, *66*(6), 1075–1082. doi:10.1136/gutjnl-2015-311240

Spiegel, B., Bolus, R., Harris, L. A., Lucak, S., Naliboff, B., Esrailian, E., Chey, W. D., Lembo, A., Karsan, H., Tillisch, K., Talley, J., Mayer, E., & Chang, L. (2009). Measuring irritable bowel syndrome patient-reported outcomes with an abdominal pain numeric rating scale. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *30*(11-12), 1159–1170. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04144.x

Starcevic, V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(4), 373–374. doi:10.1177/0004867413515058

Staudacher, H. M., & Whelan, K. (2016). Altered gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome and its modification by diet: probiotics, prebiotics and the low FODMAP diet. *The Proceedings of the Nutrition Society*, *75*(3), 306–318. doi:10.1017/S0029665116000021

Sugiura, Y., & Sugiura, T. (2015). Emotional intensity reduces later generalized anxiety disorder symptoms when fear of anxiety and negative problem-solving appraisal are low. *Behaviour research and therapy*, *71*, 27–33. doi:10.1016/j.brat.2015.05.015

Talley, N. J., & Walker, M. M. (2019). Emerging evidence that irritable bowel syndrome and functional dyspepsia are microbial diseases. *Indian Journal of Medical Research*, *149*, 437-440. doi:10.4103/ijmr.IJMR_84_19

Talley, N. J., & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet*, *360*(9332), 555–564. doi:10.1016/S0140-6736(02)09712-X

Tang, Q. L., Lin, G. Y., & Zhang, M. Q. (2013). Cognitive-behavioral therapy formas the management of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, *19*(46), 8695-8610. doi:10.3748/wjg.v19.i46.8605

Taylor, S., & Asmudson, G. J. G. (2004). *Treating health anxiety: a cognitive behavioral approach.* New York: Guilford Press.

Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour research and therapy*, *36*(1), 37–51. doi:10.1016/s0005-7967(97)00071-5

Thijssen, A. Y., Mujagic, Z., Jonkers, D. M., Ludidi, S., Keszthelyi, D., Hesselink, M. A., Clemens, C. H., Conchillo, J. M., Kruimel, J. W., & Masclee, A. A. (2016). Alterations in serotonin metabolism in the irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *43*(2), 272–282. doi:10.1111/apt.13459

Toner, B. B., Koyama, E., Garfinkel, P. E., Jeejeebhoy, K. N. & Di Gasbarro, I. (1992). Social Desirability and Irritable Bowel Syndrome. *The International Journal of Psychiatry and Medicine*, *22*(1), 99-103. doi:10.2190/ENP4-2PDW-A83P-PPA3

Toner, B. B., Segal, Z. V., Emmott, S. D. & Myran, D. (2000). *Cognitive Behavioral Treatment of Irritable Bowel Syndrome: The Brain-Gut Connection.* New York: Guilford Press.

Torre de la, M. T., Morera, O. F., & Wood, J. M. (2010). Measuring social problem solving using the Spanish Version for Hispanics of the Social Problem Solving Inventory–Revised. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(*4*), 501–506. doi:10.1037/a0021372

Tortella-Feliu, M. (2014). Los trastornos de ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, *110*, 62–69. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf

Uranga, J. A., Vera, G., & Abalo, R. (2018). Cannabinoid pharmacology and therapy in gut disorders. *Biochemical pharmacology*, *157*, 134–147. doi:10.1016/j.bcp.2018.07.048

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*, *7*(4), 357-363. doi:10.1370/afm.983

Van der Veek, P. P., Steenvoorden, M., Steens, J., Van der Schaar, P. J., Brussee, J., & Masclee, A. A. (2007). Recto-colonic reflex is impaired in patients with irritable bowel syndrome. Neurogastroenterology and motility. *Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, *19*(8), 653–659. doi:10.1111/j.1365-2982.2007.00921.x

Van der Veek, P. P., Van Rood, Y. R., & Masclee, A. A. (2007). Clinical trial: short- and long-term benefit of relaxation training for irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology and therapeutics*, *26*(6), 943–952. doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03437.x

Van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., van der Horst, H. E., & van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, *11*, CD011142. doi:10.1002/14651858.CD011142.pub2

Van Oudenhove, L., Demyttenaere, K., Tack, J., & Aziz, Q. (2004). Central nervous system involvement in functional gastrointestinal disorders. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, *18*(4), 663–680. doi:10.1016/j.bpg.2004.04.010

Van Oudenhove, L., Levy, R. L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L., Lackner, J. M., Murphy, T. B., & Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: How central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, *150*(6), 1355-1367. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.027

Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Demyttenaere, K., & Tack, J. (2010). Psychosocial factors, psychiatric illness, and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. *Digestion*, *82*(4), 201–210. doi:10.1159/000269822

Viera, A. J., Hoag, S., & Shaughnessy, J. (2002). Management of irritable bowel syndrome. *American family physician*, *66*(10), 1867–1874. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12469960/

Vinaccia, S., Quiceno,J. M., & Medinas, M. (2016). Conducta de enfermedad en pacientes con dispepsia funcional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: un estudio transcultural. *Psicología y Salud*, *26*(1), 5-14. Recuperado de http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1893

Voirol, M. W., & Hipolito, J. (1987). Relaxation anthropoanalytique dans les syndromes de l'intestin irritable: résultats à 40 mois. S*chweizerische medizinische Wochenschrift*, *117*(29), 1117–1119. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3313684/

Wall, G. C., Bryant, G. A., Bottenberg, M. M., Maki, E. D., & Miesner, A. R. (2014). Irritable bowel syndrome: a concise review of current treatment concepts. *World journal of gastroenterology*, *20*(27), 8796–8806. doi:10.3748/wjg.v20.i27.8796

Weaver, K. R., Melkus, G. D., & Henderson, W. A. (2017). Irritable Bowel Syndrome. *The American journal of nursing*, *117*(6), 48–55. doi:10.1097/01.NAJ.0000520253.57459.01

Weerts, Z., Vork, L., Mujagic, Z., Keszthelyi, D., Hesselink, M., Kruimel, J., Leue, C., Muris, J., Jonkers, D., & Masclee, A. (2019). Reduction in IBS symptom severity is not paralleled by improvement in quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and motility*, *31*(8), e13629. doi:10.1111/nmo.13629

Whitehead, W. E. & Schuster, M. M. (1985). *Gastrointestinal disorders: Behavioral and physiological basis for treatment*. Orlando: Academic Press.

Wilpart, K., Törnblom, H., Svedlund, J., Tack, J. F., Simrén, M., & Van Oudenhove, L. (2017). Coping Skills Are Associated With Gastrointestinal Symptom Severity and Somatization in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Clinical gastroenterology and hepatology*, *15*(10): 1565–1571. doi:10.1016/j.cgh.2017.02.032

Wilson, A., Longstreth, G. F., Knight, K., Wong, J., Wade, S., Chiou, C. F., Barghout, V., French, F., & Ofman, J. J. (2004). Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome. *Managed Care Interface*, *17*(2), 24–34. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15038690/

Witthöft, M., Hiller, W., Loch, N., & Jasper, F. (2013). The latent structure of medically unexplained symptoms and its relation to functional somatic syndromes. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*(2), 172–183. doi:10.1007/s12529-012-9237-2

Wolitzky-Taylor, K., Craske, M. G., Labus, J. S., Mayer, E. A., & Naliboff, B. D. (2012). Visceral sensitivity as a mediator of outcome in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, *50*(10), 647–650. doi:10.1016/j.brat.2012.05.010

Wong, R. K., Palsson, O. S., Turner, M. J., Levy, R. L., Feld, A. D., Von Korff, M., & Whitehead, W. E. (2010). Inability of the Rome III criteria to distinguish functional constipation from constipation-subtype irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenterology*, *105*(10), 2228–2234. doi:10.1038/ajg.2010.200

World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). (2008). *Integrating mental health into primary health care: a global perspective*. (NLM classification: WM 140). Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintoprimarycare/en/

Younossi, Z. M., Boparai, N., Price, L. L., Kiwi, M. L., McCormick, M., & Guyatt, G. (2001). Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *The American journal of gastroenterology*, *96*(7), 2199–2205. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03956.x

Zeng, F., Sun, X., Yang, B., Shen, H., & Liu, L. (2016). The Theoretical Construction of a Classification of Clinical Somatic Symptoms in Psychosomatic Medicine Theory. *PloS one*, *11*(8), 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0161222

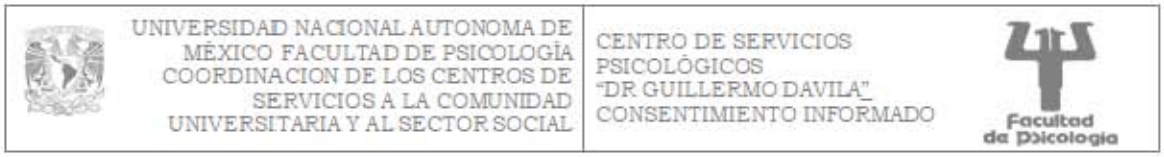
Zhao, D. Y., Qi, Q. Q., Long, X., Li, X., Chen, F. X., Yu, Y. B., & Zuo, X. L. (2019). Ultrastructure of intestinal mucosa in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Physiology international*, *106*(3), 225–235. doi:10.1556/2060.106.2019.20

Zoccali, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Barillà, G., Campolo, D., Meduri, M., Familiari, L., Bonica, M., Consolo, P., & Scaffidi, M. (2006). Anger and ego-defence mechanisms in non-psychiatric patients with irritable bowel syndrome. *Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, *38*(3), 195–200. doi:10.1016/j.dld.2005.10.028

Zuckerman, M. J., Schmulson, M. J., Bashashati, M., Jia, Y., Dwivedi, A., Ortiz, M., Casner, N., Byrd, T., & Shokar, N. (2018). Irritable Bowel Syndrome on the US Mexico Border: A Survey in an Indigent Population Using Rome III Criteria. *Journal of clinical gastroenterology*, *52*(7), 622–627. doi:10.1097/MCG.0000000000000898

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento Informado proporcionado a los pacientes en la institución



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir terapia en este Centro es importante que lea y esté de acuerdo con los siguientes puntos:

1. El proceso de admisión consta de 2 pasos **(1.- Entrevista Inicial, 2.- Evaluación)**, que se llevan a cabo en días y horarios establecidos por este Centro.
2. Si usted no concluye el proceso de admisión su solicitud causará baja.
3. Si después de la baja usted desea aún recibir el servicio, durante los próximos seis meses deberá solicitar su reingreso, siendo atendido de acuerdo a la disponibilidad del Centro. Si lleva usted más de seis meses de haberse dado de baja, deberá iniciar el proceso de admisión solicitando una cita de primera vez en las fechas programadas para este fin.
4. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas de anticipación, de lo contrario cubrirá la cuota de la sesión que no haya asistido (el teléfono del Centro es 56222309). Es importante que tome en cuenta que dos inasistencias sin avisar, o dos inasistencias seguidas pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reingreso inmediato.
5. Al concluir el proceso de admisión, su expediente puede ser asignado al área de prevención o de tratamiento, en ésta última puede ser en la modalidad de grupo o individual. No obstante que haya realizado el proceso de admisión, esto no obliga al Centro a proporcionar atención psicológica requerida.
6. El personal del Centro se comunicará vía telefónica con usted para informarle del día y la hora en que iniciará tratamiento. Esta llamada puede realizarse entre 15 y 90 días después de concluir el proceso de admisión, lo cual dependerá de la disponibilidad de nuestros programas.
7. **Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se asignan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación, así como los espacios físicos disponibles en este Centro.**
8. **UNA VEZ ASIGNADO SU HORARIO DE TRATAMIENTO Y MODALIDAD, NO ES POSIBLE HACER AJUSTES O CAMBIOS,** ya que esta alternativa de servicio es la opción que el Centro puede ofrecerle.
9. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable, es a criterio de éste la frecuencia y el número total de sesiones que usted debe acudir.
10. Dado que este Centro es una institución de formación de educación superior y posgrado, es importante considerar lo siguiente:
    a) La atención que se brinda en el Centro, es realizada por estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura, así como de estudiantes de especialidades, maestría y doctorado. En todos los casos están supervisados.
    b) La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
    c) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas en Cámara de Gesell, transmitidas de forma directa o diferida dentro de la

Facultad y fuera de ella o ser grabadas en audio y/o video con fines educativos y de investigación.

d) Las actividades del Centro de Servicios Psicológicos forman parte de las funciones de enseñanza e investigación propias de la UNAM y los datos obtenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.

11. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que se le soliciten o incluso dejar la terapia. Sin embargo, es importante que considere que la información recopilada favorece su tratamiento.
12. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del "Expediente Clínico del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Le solicitamos leer el aviso de "Protección de datos personales" que se encuentra en la recepción de este Centro.
13. El personal del Centro **NO** está autorizado para ofrecerle ningún tipo de apoyo psicológico fuera de nuestras instalaciones y bajo ninguna circunstancia recibe algún pago directo del usuario por los servicios que ofrece.
14. Los pagos de los servicios psicológicos recibidos en este Centro se realizan en la caja de la caja de la Facultad de Psicología, por lo que el usuario deberá presentar su recibo de pago y carnet de citas para el registro de dicha cuota.
15. Al finalizar su tratamiento, usted podrá evaluar la atención recibida por medio de un cuestionario de "Satisfacción de Usuarios", el cual se entregará directamente a la Jefatura del Centro. Asimismo, podrá hacer uso del buzón de quejas y sugerencias en cualquier momento.
16. Es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante del Centro se comunique con usted. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de la misma.

NOMBRE: _____ **FIRMA:** _____

FECHA _____/_____/_____
DIA **MES** **ANO**

ANEXO 2. Formato de resultados de evaluación firmado por el paciente



Coordinación de Centros de Formación
y Servicios Psicológicos

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

No. Expediente: _____

No. de cuenta/Trabajador/CURP: _____

Fecha: _____

Nombre:

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno

Centro: _____

Programa: _____

Académico / Supervisor : _____

Estudiante: _____

Instrumentos / Técnicas de evaluación aplicadas	Resultados obtenidos

Indicadores de evolución:

¿Fue necesario hacer referencia? ( ) Sí No ( )

Impresión diagnóstica:

FIRMA DEL ACADÉMICO / SUPERVISOR

NOMBRE Y FIRMA
DE LA PERSONA ATENDIDA / PADRE O TUTOR

ANEXO 3. Formato de plan de servicios firmado por el paciente

Facultad de Psicología

Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos

PLAN DE SERVICIOS

No. Expediente: _____

No. de cuenta/Trabajador/CURP: _____

Fecha: _____

Nombre:

_____ _____ _____

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Centro: _____

Programa: _____

Académico / Supervisor : _____

Estudiante: _____

Tipo de intervención: ( ) Orientación/Consejo ( ) Evaluación ( ) Taller ( ) Intervención breve ( ) Psicoterapia: _____ (Modelo) ( ) Intervención Psicoeducativa

Modalidad de servicio: ( ) Individual ( ) Pareja ( ) Familiar ( ) a Padres o cuidadores ( ) Grupal

Sugerencias de intervención

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

FIRMA DEL ACADÉMICO / SUPERVISOR **NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ATENDIDA / PADRE O TUTOR**

ESTE DOCUMENTO FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

3-FE4-PS 1 | 1

ANEXO 4. Cuestionario de detección de riesgos en la salud física y mental

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE RIESGOS EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Instrucciones: A continuación, se muestra una lista de síntomas y situaciones relacionados con tu salud. Califica de 0 a 10 qué tanto te describe cada uno de ellos. Es decir, "0" es "**no** me describe en lo absoluto", "1" me describe **muy poco**" hasta "10": me describe **exactamente**"

Ejemplo:

	−										+
En las últimas dos semanas...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Te sientes feliz								X			

En el ejemplo, la persona le dio "7" de calificación a la afirmación, lo cual significa que se ha sentido feliz.

DEP

	−										+
En las últimas dos semanas...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Te has sentido triste frecuentemente											
2. Lloras frecuentemente											
3. Ha disminuido tu interés en realizar actividades que antes disfrutabas											
4. Has pensado que tu futuro es poco prometedor											
5. Duermes más o duermes menos de lo habitual											
6. Has dejado de asistir a actividades, reuniones y/o compromisos sociales por falta de energía											
7. Ha disminuido o aumentado tu apetito sin causa aparente											
8. Te has sentido fatigado sin causa aparente											

PSI

	−										+
En los últimos tres meses...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Has sospechado que las personas planean algo en contra tuya											
2. Has escuchado voces que los demás no perciben											
3. Has visto cosas que los demás no perciben											
4. Has tenido pensamientos persistentes que los demás no comparten contigo											
5. Te han dicho que has descuidado tu aspecto personal											

EPI

	−										+
Has presentado alguna de las siguientes condiciones...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Crisis convulsivas											
2. Has tenido pérdida de conciencia por varios minutos											
3. Cuando perdiste la conciencia tuviste rigidez muscular											
4. Cuando perdiste la conciencia se paralizó alguna parte del cuerpo											
5. Cuando pierdes la conciencia te quedas en una postura fija por varios minutos											

DEM

	−										+
En los últimos seis meses (sección únicamente para edades de 55 años en adelante, responder las preguntas de la 1 a la 3)...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Tienes problemas de memoria (olvidos excesivos)											
2. Te has sentido desorientado (no saber dónde estás o no reconocer a familiares cercanos)											
3. Has caminado por un tiempo sin rumbo fijo ni objetivo claro											

MCON

	−										+
Presentas alguna de las siguientes situaciones (sección únicamente para edades de 13 a 18 años, responder las preguntas de la 1 a la 9)...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Estás demasiado activo (te mueves y hablas más en comparación con tus compañeros)											
2. Se te dificulta terminar tus actividades diarias											
3. Te distraes con facilidad de tus actividades diarias											
4. Actúas sin pensarlo											
5. Discutes con adultos											
6. Desafías las reglas											
7. Tomas objetos que no son tuyos											
8. Destruyes propiedad ajena											
9. Maltratas animales											

SUI

	−										+
Presentas o presentaste alguna de las siguientes situaciones...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Tienes pensamientos o ideas de hacerte daño o de atentar contra tu vida											
2. Intestaste hacerte daño o atentar contra tu vida											
3. Has buscado los medios para hacerte daño o atentar contra tu vida											

ANS

	−										+
En las dos últimas semanas...	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1. Te has sentido preocupado constantemente de que algo malo pueda pasar (asalto, enfermedad, tener un accidente, 'hacer el ridículo' frente a desconocidos, etc.)											
2. Te has sentido nervioso constantemente											
3. Has sentido tensión muscular											
4. Has sentido que tu corazón late más rápido de lo habitual											
5. Te has sentido tan nervioso que te ha impedido realizar tus actividades											
6. Te has alejado de situaciones que te hacen sentir nervioso											
7. Has sentido miedo sin razón aparente											

SEX

En el último año...	– 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+ 10
1. Mantuviste relaciones sexuales con más de una persona											
2. Has tenido relaciones sexuales sin usar condón											
3. Enviaste y recibiste imágenes o mensajes con contenido sexual a través de dispositivos tecnológicos											
4. Tienes dificultades en tu vida sexual (por ejemplo, inhibición en el deseo sexual, dificultad para mantener la erección, eyaculación precoz, dificultad en la lubricación, dificultad para tener orgasmos, etc.)											
Presentas o presentaste...											
5. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, VPH, clamidiasis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis, etc.)											
6. Embarazo no deseado											
7. Dudas sobre tu orientación sexual											

VIO

En el último año...	– 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+ 10
1. Alguien te lastimó **físicamente** de forma intencional (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.)											
2. Alguien te lastimó **emocionalmente** de forma intencional (por ejemplo, humillarte, insultarte, amenazarte, ignorarte, prohibirte, celarte.)											
3. Alguien sobrepasó los límites en tu sexualidad (por ejemplo, acoso sexual, abuso sexual, violación)											
4. Lastimaste **físicamente** a otra persona con la intención de hacerlo (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.)											
5. Lastimaste **emocionalmente** a otra persona con la intención de hacerlo (por ejemplo, humillaste, insultaste, amenazaste, ignoraste, prohibiste, celaste.)											
6. Sobrepasaste los límites en la sexualidad de otra persona (por ejemplo, acoso sexual, abuso sexual, violación)											

SUS

1. **A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido *alguna vez* (sólo las que consumió sin receta médica)?**		
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	Sí	No
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	Sí	No
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	Sí	No
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	Sí	No
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	Sí	No
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	Sí	No
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	Sí	No
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Sí	No
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	Sí	No
j. Otras, especifica: _____	Sí	No

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detener esta sección de preguntas.
Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, hacer la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez

2. **En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia has consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?**	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras, especifica: _____	0	2	3	4	6
Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pasar a la pregunta 6. Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continuar con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.					

3. **En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia has tenido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?**	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

4. En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) te ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras, especifica: _____	0	4	5	6	7

5. En los *últimos tres meses*, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de ti por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	No se contesta				
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras, especifica: _____	0	5	6	7	8
Hacer las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más *alguna vez* ha mostrado preocupación por tus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifica: _____	0	6	3
Hacer las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

7. ¿Has intentado *alguna vez* reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) y no lo has logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
a. Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, puros, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j. Otras, especifica: _____	0	6	3
Hacer las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

¿*Alguna vez* has consumido alguna droga por vía inyectada?	No, nunca	Sí, en los últimos tres meses	Sí, pero no en los últimos tres meses
(Marca la casilla correspondiente)			
En caso de responder a la opción "Sí, en los últimos tres meses" proseguir a la pregunta 9.			

Hábitos de inyectarse durante los últimos *tres meses*	Cuatro días por mes	Más de cuatro días por mes
Frecuencia con la que te inyectas:		

ANEXO 5. Inventario de exploración clínica

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

PROGRAMA: "ENTRENAMIENTO Y PRÁCTICA DE CONSEJEROS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE CONSULTA EXTERNA"

Facultad de Psicología

INVENTARIO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA

(Caballo y Salazar, 2005)

EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____

Número telefónico para la confirmación de su cita:

I. DATOS GENERALES.

Nombre completo:
Edad: | Fecha y lugar de nacimiento:
Estado civil: | ¿Desde cuándo?
Dirección:
¿Con quién está viviendo actualmente?
¿Habita en una casa, departamento, hotel, etc.?
Tel. Fijo: | Tel. Móvil: | Ocupación:

II. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE.

Sexo: Mujer_____ Hombre_____ | Género: Masculino_____ Femenino_____
Estatura: | Peso: | Color de ojos: | ¿Utiliza lentes?
¿Usa lentes de contacto? | ¿Se ha operado los ojos?
Color de pelo: | Color de piel:
Apariencia física general:

III. DATOS CLÍNICOS.

Describa con sus propias palabras en qué consiste el problema principal:_____
_____
_____

¿Cómo le afecta el problema? ¿En qué áreas de su vida?_____
_____

Describa brevemente la historia y el desarrollo de su problema (desde que comenzó hasta el presente):
_____
_____
_____

¿Por qué cree que le ocurre?
Duración: | ¿Con qué intensidad?
¿Con qué frecuencia?
¿En qué tipo de situaciones o circunstancias ocurre el problema?_____
_____
_____

El problema ¿se ha mantenido siempre igual o ha empeorado o mejorado?_____

¿Hay alguna situación con la que usted puede asociar que el problema va mejor o peor?
_____
_____

1

Elaborado por Sánchez-Monroy, R. & Santiago-García, D. V. (2017)

¿A quién ha consultado previamente sobre su problema actual?
¿Qué tratamiento ha llevado o lleva?
¿Cuál ha sido (o fue) el efecto de este tratamiento?_____

¿Qué hace cuando se le presenta el problema?
¿Qué hace para resolverlo?
¿Qué piensa sobre su problema?_____

¿Cómo han reaccionado otras personas en las situaciones en que se ha presentado el problema? _____

¿Cómo se siente actualmente con su comportamiento? (¿su problema?)_____
_____

Subraye cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted actualmente:

Dolores de cabeza, mareos, desmayos, palpitaciones, dolores de estómago, falta de apetito, comer en exceso, problemas en la evacuación, fatiga, pereza, vómitos, insomnio, pesadillas, ingestión de sedantes, consumo excesivo de alcohol, consumo excesivo de cigarrillos, consumo de drogas, incapaz de pasar un rato agradable, incapaz de mantener la atención, tensión, pánico, temblores, depresión, ideas de suicidio, intentos de suicidio, consumo de drogas, llanto fácil, dificultad para relajarse, agitado, problemas sexuales, incapaz de sentir placer, preocupaciones constantes, problemas para concentrarse, temores absurdos, le disgustan las vacaciones y los fines de semana, ambición en exceso, ataques de ira, incapaz de mantener un trabajo, clima hogareño negativo, problemas económicos.
Otros: anote otros síntomas o dificultades _____

Subraye cualquiera de las siguientes características que se apliquen a usted:

A la defensiva, celoso, desconfiado, irritable, sospecha de los demás, no perdona, no tiene amigos, solitario, poco interés en las relaciones sociales, en las sexuales, poco expresivo, se viste diferente, ansioso, "frío", aislado, tiene alucinaciones, oye voces, pegado a la familia, agresivo, impulsivo, mentiroso, busca nuevas sensaciones, sin miedo, se aburre fácilmente, no le da miedo nada, intranquilo, seguro de sí mismo, más inteligente que los demás, es especial, no se impresiona con casi nada, líder, busca ser el centro de atención, sociable, extravertido, atractivo, tiene muchos amigos, expresivo, estado de ánimo inestable, sensaciones de vacío, pierde el control cuando se enfada, ataques de ira, ideas de suicidio, relaciones conflictivas, temor al abandono, tristeza, llanto, poco hablador, introvertido, tímido, temor a situaciones nuevas, temor al rechazo, a la crítica, baja autoestima, incapaz de entablar amistades, sentimientos de soledad, sentimientos de inferioridad, gran capacidad de fantasía, muy indeciso, necesidad de alguien en quien confiar, difícil iniciar proyectos, temor a estar solo, perfeccionista, rígido, dedicación al trabajo, ordenado, puntual, difícil de convencer, tenso, sin valía, inútil, un "don nadie", "la vida está vacía", incompetente, ingenuo, "no sé hacer nada bien", feo, sin atractivo, sin amor, incomprendido, intranquilo, confuso, inseguro, con valía, simpático inteligente, atractivo, seguro, considerado.
Otros: anote otras características que lo identifiquen _____

¿En qué cree que le podría ayudar seguir un tratamiento psicológico?_____

¿Qué problemas le gustaría solucionar?_____

¿Hay algún miembro de su familia que haya tenido o tenga este problema o parecido? ¿Quién? _____

IV. DATOS FAMILIARES.

A) PADRE	Nombre:_____ Edad:_____ Si murió, causa de su muerte:_____ Ocupación:_____ ¿Qué enfermedades padece o ha padecido?_____ ¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas? _____ ¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?_____ ¿Qué clase de persona era (es), especialmente durante su infancia?_____ ¿Tenía interés por usted?_____ ¿Estaba usted interesado en lo que él decía?_____ ¿Cómo le castigaba?_____ _____ ¿Tenía confianza en su padre?_____ ¿Se sentía usted amado y respetado por su padre?_____ ¿Acudía a su padre en caso de problemas?_____ ¿Tenía algún hijo predilecto?_____ ¿Cómo se sentía por ello?_____ ¿Cómo es actualmente la relación con su padre?_____
B) MADRE	Nombre:_____ Edad:_____ Si murió, causa de su muerte:_____ Ocupación:_____ ¿Qué enfermedades padece o ha padecido?_____ ¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas? _____ ¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?_____ ¿Qué clase de persona era (es), especialmente durante su infancia?_____ ¿Tenía interés por usted?_____ ¿Estaba usted interesado en lo que ella decía?_____ ¿Cómo le castigaba?_____ _____ ¿Tenía confianza en su madre?_____ ¿Se sentía usted amado y respetado por su madre?_____ ¿Acudía a su madre en caso de problemas?_____ ¿Tenía algún hijo predilecto?_____ ¿Cómo se sentía por ello?_____ ¿Cómo es actualmente la relación con su madre?_____

	Nombre	Edad	Estado civil	Ocupación	¿Cómo era la relación en el pasado?	¿Cómo es la relación ahora?
C) HERMANOS (AS)						

D) PADRES	¿Se quieren (querían) entre ellos? _____ ¿Le querían a usted?_____ ¿Se llevaban bien entre ellos?_____ ¿Se peleaban mucho? _____ ¿Se peleaban delante de los hijos o en privado?_____ Describa la atmósfera hogareña_____ _____ Si tiene usted un padrastro/madrastra, indique la edad en que su madre/padre se volvió a casar _____
E) Otras personas importantes	¿Ha habido otros adultos que han influido mucho en su vida? _____ ¿Cuáles son las personas más importantes de su vida?_____ _____

Elaborado por Sánchez-Monroy, R. & Santiago-García, D. V. (2017)

Describa cómo eran y de qué manera jugaron un papel importante en su vida:_____
_____

V. ANTECEDENTES PERSONALES.

¿Tenía algún miedo durante la infancia o la niñez?
¿Cuántos años tenía aproximadamente? | ¿Conserva todavía algún miedo?

Subraye cualquiera de los síntomas siguientes que se aplique a la época de su infancia y niñez:

Terrores nocturnos, torpeza motora, tics nerviosos, problemas con la comida, reflujo esofágico, orinarse en la cama, sonambulismo, muy inquieto, lloraba a menudo, chuparse el dedo, comerse las uñas, tartamudez, infancia feliz, infancia infeliz, accidentes frecuentes, miedo a separarse de sus padres, temor a situaciones nuevas, miedo a animales, miedo a otros niños (as), pocos amigos, intimidado por compañeros de la escuela, aislamiento, problemas escolares, se asustaba con facilidad, castigos fuertes, abusos sexuales, inhibición ante el sexo opuesto.

Describa las enfermedades que tuvo durante su infancia:_____

¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas? (Cítelas, especificando su edad en la época en que tuvieron lugar):
_____
_____

¿Ha tenido accidentes? (Especifique su edad cuando ocurrieron y las consecuencias que tuvieron):
_____
_____

¿Cuándo fue la última vez que usted se sintió bien física y emocionalmente durante un largo periodo?

¿Tiene alguna enfermedad actualmente?
¿Cuáles eran sus juegos e intereses durante la infancia (incluyendo las fantasías)? _____

¿Cuáles eran sus juegos e intereses durante la adolescencia? _____

VI. ÁREA DE OCIO.

¿Cuáles son sus intereses y aficiones actualmente?_____

¿En qué ocupa la mayor parte del tiempo?
¿Disfruta el tiempo de ocio? | ¿Con quién comparte su tiempo de ocio?
¿Qué suele hacer en sus días libres?
¿Cómo le gusta divertirse?_____

VII. ÁREA SOCIAL.

¿Pasa mucho tiempo con los amigos? | ¿Cuántos amigos tiene? | ¿Cuántos buenos amigos?
¿Cómo selecciona a sus amistades?_____

¿Por qué los considera "buenos amigos"?_____

¿Le es fácil hacer nuevas amistades y conservarlas? | ¿Tiene dificultades para conocer a gente nueva?
Actualmente ¿le perturba alguna persona? | ¿Hay alguien que le está ayudando o pueda hacerlo?

VIII. DATOS ESCOLARES Y ACADÉMICOS.

Edad en que comenzó la escuela: | Edad en que acabó la escuela: | Grado que alcanzó:
Estancia en la universidad (No. de años):
Carrera que ha cursado:
Grado de facilidad para sacar adelante sus estudios:
¿Le gustaba la escuela? (explique por qué):_____

Habilidades y dificultades escolares:_____

Cómo eran las relaciones con su compañeros:
1. En la escuela:_____
2. En la universidad:
¿Hizo amigos? | ¿Conserva todavía algunas de esas amistades?
Cómo eran las relaciones con los profesores, los tutores y directores:
1. En la escuela:_____
2. En la universidad:
¿Les tenía miedo? | ¿Había alguna persona en la escuela o en la universidad a la que tuviese miedo?
¿Era (n) esa (s) persona (s) del mismo o de distinto sexo?
¿Qué ha hecho después de acabar los estudios?_____

IX. ÁREA RELIGIOSA Y ESPIRITUAL.

Describa en líneas generales su educación religiosa:_____

Si no fueron sus padres quienes le educaron, especifique quién le educó y entre qué edades:_____

¿Le han ayudado o interferido esa educación religiosa en algún aspecto de su vida?
¿Qué importancia tiene en estos momentos la religión o el aspecto espiritual en su vida?_____

X. DATOS LABORALES. Edad en qué comenzó a trabajar: _____

Ocupaciones que ha desempeñado (en orden cronológico)	Explique por qué los cambió

B) Historia de la relación.

¿Cuándo conoció a su pareja actual? | ¿Cuánto tiempo salió con su pareja antes de comprometerse?

¿Qué le gustaba de ella/él?_____

¿Estaba ella/él interesada/o en comprometerse con usted?
Desde (o durante) su matrimonio, ¿se ha interesado activamente por otras/os mujeres/hombres?
¿Es (era) su relación de pareja satisfactoria?
¿Qué es lo que le satisface de su relación de pareja?
¿Qué es lo que no le satisface?
¿De qué manera le gustaría que cambiara su relación de pareja?_____

¿Cuáles son las áreas de compatibilidad?
¿Cuáles son las áreas de incompatibilidad?
¿Es feliz con su pareja? | ¿Tiene quejas de su pareja? | ¿Se pelean?
¿Sobre qué se pelean normalmente?_____

¿Cómo suelen terminar las peleas?
¿Cuánto suele durar?
¿Cómo le expresa el amor a su pareja?
¿Cómo se lo expresa ella a usted?
¿Le satisface la forma en que lo hace? (en caso negativo, describa cómo le gustaría que fuese):_____

¿Cómo llama cariñosamente usted a su pareja?
¿Cómo le llama ella a usted?
¿Comparte con su pareja sus sentimientos más profundos (sueños, preocupaciones, alegrías, temores, etc.)?
¿Considera que su pareja le tiene en cuenta para sus decisiones y proyectos?
¿Qué proyectos o planes tienen como pareja?_____

¿Cómo comparten el tiempo en pareja?
¿Cómo manejan las finanzas en la pareja?
¿Cómo se lleva usted con la familia de su pareja (suegros, cuñados)?
Si está divorciado/a y se ha vuelto a casar o a vivir en pareja, ¿en qué se diferencia esta nueva relación de la anterior?_____

¿Cuánto tiempo pasó después del divorcio antes de que se emparejase de nuevo?
¿Estaba ella/él casada/o anteriormente?

C) Sexualidad en pareja.

¿Considera satisfactoria su vida sexual en pareja? Tanto si la respuesta es positiva como si es negativa, explíquelo un poco más:_____

¿Cuál es la frecuencia de sus relaciones sexuales?
¿Está satisfecho con esa frecuencia? (en caso negativo, diga qué frecuencia sería idónea para usted):_____

¿Tiene o ha tenido dificultades durante el acto sexual? (p. ej. Dolor en la penetración, eyaculación precoz, falta de deseo o pérdida del mismo, no logra tener orgasmos, etc.)

¿Se acarician mutuamente?
¿Su pareja le ha pedido que realicen algo a lo que usted se ha negado? (explique la razón, en caso afirmativo)

¿Y usted se lo ha pedido a su pareja y ella se ha negado?
¿Cómo le proporciona placer a su pareja?
¿Cómo le proporciona placer su pareja a usted?
¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales fuera de su matrimonio? (especifique si es actual)_____

¿Usted o su pareja tienen comportamientos sexuales que considera que son poco habituales?_____
Si piensa que sí, descríbalos brevemente:_____

XIII. NIÑOS.

¿Cuántos niños tiene usted? | Si no tiene niños, ¿cuántos espera tener, si es que piensa hacerlo?
¿Le gustan todos sus niños? | ¿Tiene algún favorito?
¿Qué edad tiene cada uno?
¿Fueron todos deseados? | ¿Fueron todos planeados?

Responda lo siguiente sobre los niños (as):

Nombre	Edad	Señale con una X si: Es hijo de usted y su pareja actual	Es hijo de su pareja y otra persona	Es hijo suyo y otra persona que no es su pareja actual	¿Cómo lo describiría (en sus propias palabras)?	¿Cómo es la relación con él/ella?

¿Tuvo algún aborto (natural o inducido)? Describa cuándo fue y las razones para que sucediera:_____
_____

XIV. PROBLEMAS Y OBSESIONES.

¿Tiene ideas que no es capaz de quitarse de la cabeza? | ¿Se le presentan ideas absurdas o desagradables?
¿Existen cosas que se ve obligado a hacer o de lo contrario se pone nervioso/a?
¿Es supersticioso/a? | ¿Hay pensamientos que trata de evitar a toda costa?

XV. OTRAS CUESTIONES.

¿En qué lugares se encuentra más a gusto?
¿Ha interferido alguna persona en su ocupación, relación de pareja, etc.? (padres, familiares, amigos)
¿Cuál es su mayor ilusión?_____

¿Cuáles son sus preocupaciones más importantes?_____

¿Qué desearía que cambiara en su vida?
¿Cuál es la persona más importante de su vida? | ¿Le gusta donde está viviendo?
¿Hay algo con lo que no está satisfecho?
¿Hay algún miembro de su familia que sufra alcoholismo, epilepsia o cualquier otra enfermedad que pueda considerarse una "enfermedad mental"?

¿Ha perdido alguna vez el control de sí mismo? (en forma de llanto, agresión, pánico, etc.)
Por favor, describa otras experiencias que le hayan perturbado o atemorizado y que no haya mencionado previamente:_____

¿Cuáles son las situaciones que le calman y le dan tranquilidad?

XVI. DESCRIPCIÓN DE SÍ MISMO.

En sus propias palabras haga una descripción de sí mismo: _____
_____
_____
_____
_____

ANEXO 6. Check list de síntomas del Síndrome de Intestino Irritable

PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS: MEDICINA CONDUCTUAL

CHECK LIST DE SINTOMAS DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

EXPEDIENTE: _____ **FECHA:** _____

PACIENTE: _____ **TERAPEUTA:** _____

PREGUNTAR CADA SÍNTOMA Y COLOCAR UNA X EN AQUELLOS QUE EL PACIENTE RESPONDA AFIRMATIVO

1) *DURANTE MÁS DE 3 DÍAS POR MES EN LOS ULTIMOS 3 MESES HA TENIDO...*

- ☐ Dolor Abdominal o incomodidad (preguntar severidad 1-10, *donde 1 es POCO INCÓMODO y 10 MUY INCÓMODO*) (colocar el número del 1 al 10 que seleccione el paciente) _____
- ☐ Constipación (estreñimiento)
- ☐ Diarrea
- ☐ Sensación de urgencia orinar
- ☐ Distensión (sentir que el vientre está lleno o apretado)
- ☐ Atención o sensibilidad incrementada a sensaciones estomacales o digestivas
- ☐ Hinchazón
- ☐ Sensación de saciedad (sentirse sin apetito, sin alimento necesariamente)
- ☐ Flatulencias
- ☐ Náuseas
- ☐ Reflujo esofágico (sensación calor de la boca al pecho)
- ☐ Disfagia (dificultades para tragar)
- ☐ Eructos

2) *PREGUNTAR*

¿En qué grado estos síntomas han interferido con su vida? (del 1 al 10, donde 1 es no ha afectado y 10 me ha afectado mucho? (colocar el número del 1 al 10 que seleccione el paciente) _____

3) *DATOS DE ALARMA*

*Aquéllos que el clínico debe considerar

- ☐ Dolor abdominal nocturno o progresivo
- ☐ Sangrado
- ☐ Anemia
- ☐ Fiebre
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Después de la toma de medicamento

ANEXO 7. Carteles informativos para difusión del protocolo



ANEXO 8. Inventario de Ansiedad de Beck

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÒNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÒGICOS
"DR. GUILLERMO DAVILA"

PROGRAMA: "ATENCIÓN A ENFERMOS CRONICO-DEGERATIVOS"

Facultad de Psicología

INVENTARIO ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy** marcando con una "**X**" según la intensidad de la molestia.

SINTOMAS	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilidad de pierna				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor)				

PUNTUACION: _____

ANEXO 9. Inventario de Depresión de Beck

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

PROGRAMA: "ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-DEGERATIVOS"

Facultad de Psicología

INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:	FECHA:
	EXPEDIENTE:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0 Yo no me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

0 Yo no me siento como un fracasado
1 Siento que he fracasado más que las personas en general.
2 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
3 Siento que soy un completo fracaso como persona

0 Yo no me siento desilusionado de mí mismo
1 Estoy desilusionado de mí mismo
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio

0 Yo no me siento que esté siendo castigado
1 Siento que podría ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado

0 En general no me siento descorazonado por el futuro
1 Me siento descorazonado por mi futuro
2 Siento que no tengo nada que esperar del futuro
3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
1 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
2 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

0 En realidad yo no me siento culpable
1 Me siento culpable una gran parte del tiempo
2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo

0 Yo no tengo pensamientos suicidas
1 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría suicidarme
3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

0 Yo no me siento que sea peor que otras personas
1 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede

0 Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1 Me enojo o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado todo el tiempo
3 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

0 Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1 Pospongo tomar decisiones más que antes
2 Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
3 Ya no puedo tomar decisiones

0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
2 Tengo que obligarme para hacer algo
3 Yo no puedo hacer ningún trabajo

0 Yo no me canso más de lo habitual
1 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
2 Con cualquier cosa que haga me canso
3 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

0 Yo no he perdido mucho peso últimamente
1 He perdido más de dos kilogramos
2 He perdido más de cinco kilogramos
3 He perdido más de ocho kilogramos
A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos SI___ NO___

0 Yo no he notado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés por el sexo

0 Yo no lloro más de lo usual
1 Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
2 Actualmente lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

0 Yo no he perdido el interés en la gente
1 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
2 He perdido en gran medida el interés en la gente
3 He perdido todo el interés en la gente

0 Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
1 Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)
3 Creo que me veo feo(a)

0 Puedo dormir tan bien como antes
1 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
3 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

0 Mi apetito no es peor de lo habitual
1 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
2 Mi apetito está muy mal ahora
3 No tengo apetito de nada

0 Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

PUNTUACIÓN:

_____

ANEXO 10. Test de Solución de Problemas Sociales

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"
"ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-DEGERATIVOS"

Facultad de Psicología

Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisada ISRS-R.

(D´Zurilla y Nezu, 1990).

NOMBRE:	FECHA:
NUMERO DE EXPEDIENTE:	

Instrucciones: A continuación aparece una serie de frases que describen formas en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana que puedan tener un efecto significativo sobre su bienestar o sobre el bienestar de las personas que ama, como problemas relacionados con la salud, disputas familiares o problemas de rendimiento en el trabajo o en los estudios. Por favor, lea cada frase y puntúe en qué medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando cómo piensa, siente o se comporta generalmente cuando se enfrenta con sus problemas en los lugares y momentos que se indican. Escriba en la casilla el número que mejor califique su respuesta.

1 = En modo alguno.	***2= En algunos momentos.***	***3= Moderadamente cierto***
4= Cierto	***5= Muy cierto en mi caso.***	

PREGUNTAS	CALIFICACION
1. Siento miedo cuando tengo un problema importante de resolver	
2. Al tomar decisiones "pienso cuidadosamente" acerca de mis muchas opciones	
3. Me pone nervioso e inseguro de mí mismo cuando, tengo que tomar una decisión importante	
4. Cuando mis primeros esfuerzos encaminados a resolver los problemas fallan, renuncio con rapidez	
5. A veces, incluso problemas difíciles puede tener una forma de mover mi vida hacia delante de manera positiva	
6. Si evito los problemas por lo general ellos tendrán que solucionarse por sí solos	
7. Cuando me encuentro sin éxito en la solución de un problema me siento muy frustrado	
8. Si trabajo en ello, puedo aprender a resolver problemas difíciles con eficacia	
9. Cuando me enfrento a un problema, antes de decidir qué hacer, intento entender cuidadosamente por qué es un problema, clasificarlos, descomponerlo y definirlo	
10. Trato de hacer todo lo que pueda con el fin de evitar problemas en mi vida	
11. Me pongo muy sensible con los problemas difíciles	
12. Cuando tengo que tomar una decisión, tomo el tiempo para tratar de predecir las consecuencias positivas y negativas de cada opción posible antes de actuar	
13. Cuando he intentado solucionar los problemas a menudo confío en mí instinto con la primera idea que viene a la mente	
14. Cuando estoy enojado, sólo quiero huir y que me dejen solo	
15. Soy capaz de tomar decisiones importantes por mí propia cuenta	
16. Con frecuencia reacciono antes de que tenga todos los hechos acerca de un problema	
17. Después de dar con una idea de cómo resolver el problema. Yo trabajo un plan para llevarlo a cabo con éxito	
18. Soy muy creativo con las ideas para resolver problemas	
19. Paso más tiempo preocupándome por los problemas que en realidad dar la solución de ellos	
20. Mi objetivo para la solución de problemas es detener el sentimiento negativo tan pronto como pueda	
21. Trato de evitar problemas con otros con el fin de evitar problemas al mínimo	
22. Tan pronto como alguien me molesta o hiere mis sentimientos siempre reacciono de la misma manera	
23. Cuando estoy tratando de entender un problema, me ayuda apegarme a los hechos de la situación	
24. En mi opinión, siendo sistemático y planificado con los problemas personales parece demasiado frío o "como de negocios"	
25. Entiendo que las emociones, incluso las malas, en realidad puede ser útiles a mis esfuerzos en la solución de problemas	

ANEXO 11. Formulario de autocontrol de la Solución de Problemas (adaptado de Nezu, Nezu y D´Zurilla, 2014)

Formulario de Autocontrol para la solución de problemas	
¿Cuál ha sido el problema? •Situación: •Quien estuvo implicado : •Porque supuso un problema para el paciente: •Cuales eran sus metas u objetivos en la situación:	¿Cómo fue su reacción emocional al problema? •Sentimientos iniciales •Sentimientos durante la experiencia •De que forma cambiaron
¿Cómo gestionó el problema? (Lo que trató de hacer para enfrentar el problema) •Pensamientos •Acciones •Emociones	¿Cuál fue el resultado? •¿Qué ocurrió después de que trató de resolver el problema? •Reacciones emocionales a ese desenlace •Grado de satisfacción que le aporta •Cree que el problema se resolvió

ANEXO 12. Listado de comprobación de problemas generales (adaptado de Nezu, Nezu y D´Zurilla, 2014)



ANEXO 13. Inventario de Enojo estado-rasgo (STAXI-2)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE PSICOLOGÍA CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"	PROGRAMA: "ENTRENAMIENTO Y PRÁCTICA DE CONSEJEROS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE CONSULTA EXTERNA" Facultad de Psicología

INVENTARIO DE EXPRESION DE IRA ESTADO- RASGO STAXI-2
(HOJA DE APLICACIÓN)

(Spielberger, (1999), adaptado por: Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001, validado para población mexicana por Calleja, 2010).

NOMBRE:	FECHA:
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cuidadosamente cada afirmación y seleccione una de las opciones que mejor refleje **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO.**

	No en absoluto	**Algo**	**Moderadamente**	**Mucho**
1. Estoy furioso				
2. Me siento irritado				
3. Me siento enojado				
4. Le pegaría a alguien si pudiera				
5. Estoy ardiendo de enojo				
6. Me gustaría decir groserías				
7. Estoy enojado				
8. Daría puñetazos a la pared				
9. Me dan ganas de maldecir a gritos				
10. Me dan ganas de gritarle de cosas a alguien				
11. Quiero romper algo				
12. Me dan ganas de gritar				
13. Le tiraría algo a alguien				
14. Tengo ganas de pegarle a alguien				
15. Me gustaría echarle bronca a alguien				

1

Elaborado por Sánchez-Monroy & Santiago-García, D. V. (2017)

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cuidadosamente cada afirmación y seleccione una de las opciones que mejor refleje **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE.**

	Casi nunca	**A veces**	**Frecuentemente**	**Casi siempre**
16. Me enojo rápidamente				
17. Tengo un carácter irritable				
18. Soy una persona enojona				
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen				
20. Tiendo a perder el control de mi persona				
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás				
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco				
23. Me enojo con facilidad				
24. Me enojo si no me salen las cosas como lo tenía previsto				
25. Me enojo cuando se me trata injustamente				

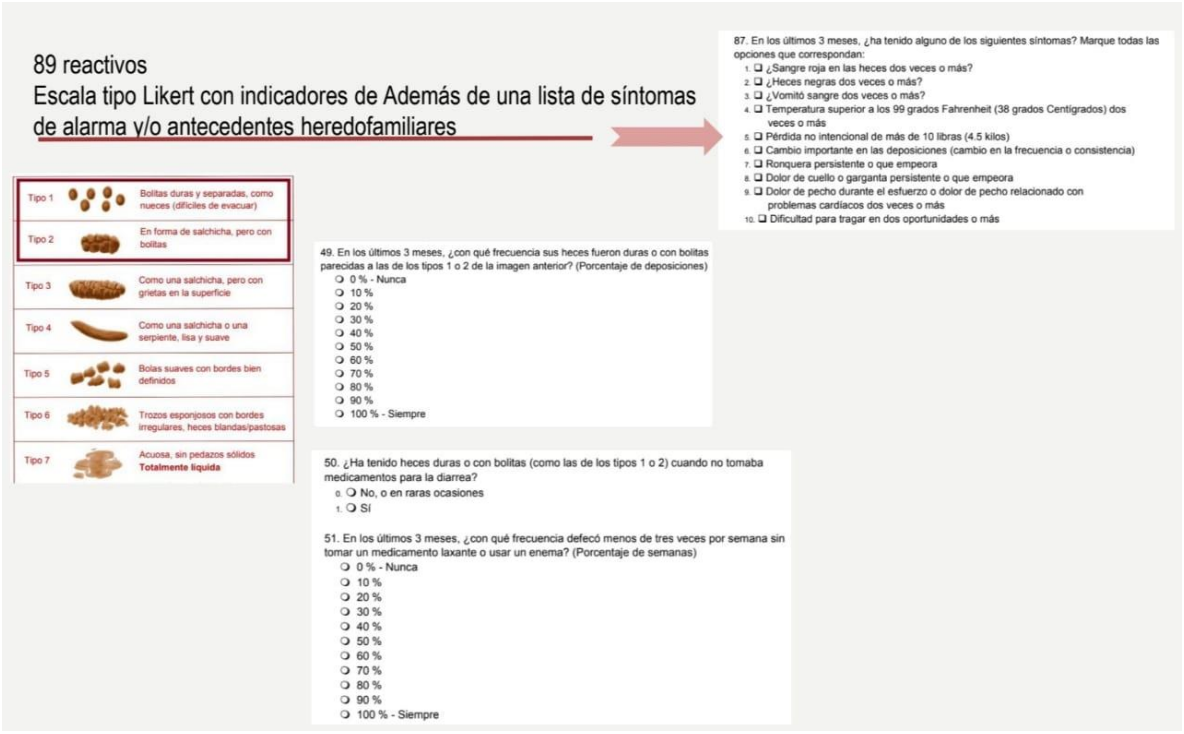
A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y seleccione una de las opciones que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO.**

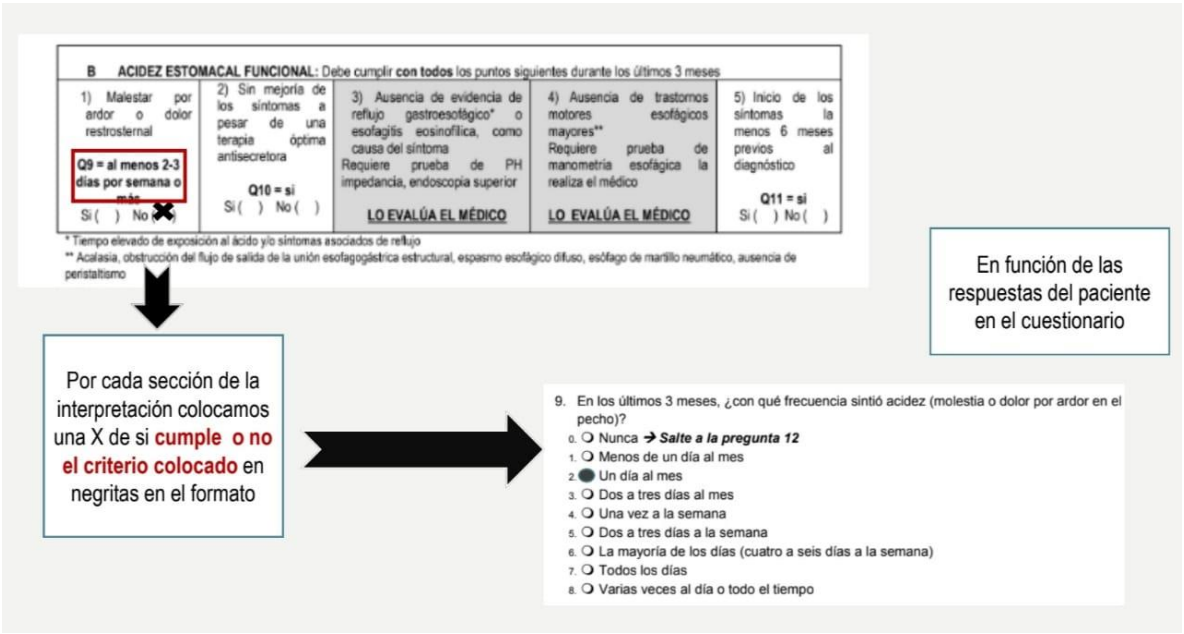
	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
26. Controlo mi temperamento				
27. Expreso mi ira				
28. Me guardo para mí lo que siento				
29. Hago comentarios que molestan a los demás				
30. Mantengo la calma				
31. Hago cosas como dar portazos				
32. Ardo de enojo por dentro, aunque no lo demuestre				
33. Controlo mi comportamiento				
34. Discuto con los demás				
35. Tiendo a tener rencores que no se lo digo a nadie				
36. Puedo controlarme				
37. Estoy más enojado de lo que quiero aceptar				
38. Digo groserías				
39. Me irrito más de lo que la gente cree				
40. Pierdo la paciencia				
41. Controlo mis sentimientos de enojo				
42. Evito enfrentarme con aquello que me enoja				

Elaborado por Sánchez-Monroy & Santiago-García, D. V. (2017)

	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira				
44. Respiro profundamente y me relajo				
45. Hago cosas para controlarme como contar hasta diez				
46. Hago cosas para relajarme				
47. Hago algo tranquilo para calmarme				
48. Intento distraerme para que se me pase el enojo				
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme				

ANEXO 14. Cuestionario Diagnóstico de ROMA IV para adultos (Versión México)





ANEXO 15. Resultados obtenidos del jueceo por expertos de la versión en español del Índice de Sensibilidad Visceral

Se tradujeron los reactivos del instrumento del idioma inglés al español, esto a través de consultarlo con un juez experto en Psicología de la Salud e inglés, un segundo juez experto en Medicina Conductual y un tercer juez experto en Síndrome de Intestino Irritable, para considerar la pertinencia de la traducción en cuanto a la dimensión teórica y la gramática.

Dichos reactivos se valoraron a través de su aplicación a 150 jueces de la Licenciatura de Psicología a partir del sexto semestre de Licenciatura hasta los niveles de Posgrado de Maestría y Doctorado, que se encontraban en semestres activos y egresados. Fueron 75 hombres y 75 mujeres, quienes evaluaron la traducción del reactivo en un rango del 0 (inadecuado) al 10 (adecuado) y colocaron las observaciones o sugerencias que tendrían para la mejora de la traducción.

Se obtuvieron frecuencias de las calificaciones asignadas por cada uno de los 150 jueces y se muestra que 13 reactivos obtienen un total superior a 90% de aceptación, en donde sólo los reactivos 1 y 5 obtuvieron una aceptación del 80%. Las sugerencias realizadas por de manera concreta se explican por cada reactivo. En cuanto a la aceptación de las instrucciones se obtuvo un porcentaje mayor al 80% y en los indicadores de respuesta un 90% de aceptación en el jueceo.

Datos de jueces.

El nivel educativo de los jueces fue mayoritariamente Licenciatura a partir de la elección de la línea terminal de Psicología Clínica y de la Salud por ello comienza desde sexto hasta pasantes con experiencia clínica y/o práctica. La aplicación se realizó en clases de Psicopatología de la Adultez, Epidemiología y Salud Pública, Seminario de Supervisión de proyectos de Licenciatura y Posgrado y con alumnos en práctica clínica bajo supervisión en el escenario especializado (Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”). La descripción de la muestra se ilustra en la tabla 1 y 2.

Tabla 1. Nivel de estudios de los jueces

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	120	80.0
Maestría	12	8.0
Doctorado	18	12.0

Tabla 2. Estatus académico de los jueces

Semestre/grado	Frecuencia	Porcentaje
Segundo	12	8.0
Tercero	1	.7
Cuarto	4	2.7
Sexto	37	24.7
Octavo	52	34.7
Pasantes	34	22.7
Egresados	10	6.7

Resultados.

Instrucciones de la prueba.

En este rubro del instrumento, las observaciones realizadas van encaminadas a buscar sinónimos del término de sensación de urgencia e hinchazón y de la palabra reflexiva. Aunado a modificar la frase de "abdomen o abdomen bajo" por "estómago o abdomen bajo" y de la frase "EN RELACIÓN CON USTED" por "DE ACUERDO CON SU EXPERIENCIA o CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA"

Ítem de Instrucciones:	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
A continuación, se presentan oraciones que describen cómo algunas personas responden a los síntomas o molestias en su abdomen o abdomen bajo. Estos pueden incluir dolor, diarrea, estreñimiento, hinchazón o sensación de urgencia. Por favor responda en "qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo" con cada una de las afirmaciones, EN RELACIÓN CON USTED. Responda todas las afirmaciones de la manera más honesta y reflexiva que pueda.	8	14%
	9	28%
	10	46%
	Total	88%

Indicadores de respuesta a los reactivos.

En la traducción de las opciones de la escala tipo Likert las observaciones realizadas fueron reemplazar la palabra Moderadamente por "Medianamente" tanto para el rubro de estar de acuerdo como el de estar en desacuerdo.

Indicadores	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
● Totalmente de acuerdo	8	2%
● Moderadamente de acuerdo ● Ligeramente de acuerdo	9	17.30%
● Ligeramente en desacuerdo	10	78%
● Moderadamente en descuerdo ● Totalmente en desacuerdo	Total	97.30%

Reactivo uno.

Las observaciones en su mayoría fueron alternativas de redacción del reactivo como "Me preocupa que cada vez que como durante el día, la distensión y la inflamación en mi abdomen empeoren" y reemplazar con un sinónimo la palabra *distensión*; además la sugerencia de considerar la creación de dos reactivos, uno referente a la inflamación y otro a la distensión.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Me preocupa que cada vez que coma durante el día, empeore la inflamación y la distensión en mi abdomen	8	14%
	9	30.70%
	10	42%
	Total	86.70%

Reactivo dos.

La única observación realizada por los jueces en las sugerencias fue realizar un cambio de la palabra ansioso por la palabra nervioso.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Me pongo ansioso cuando voy a un nuevo restaurante	8	3.30%
	9	14.70%
	10	76%
	Total	94%

Reactivo tres.

Se sugirió realizar un cambio en la frase "por los problemas de mi abdomen" por "los síntomas o problemas en mi abdomen", para la mejora en la redacción, así como en el inicio del reactivo "A menudo" por "Frecuente o constantemente", y del término abdomen por vientre, el cual está a consideración de la pertinencia teórica.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
A menudo me preocupo por los problemas de mi abdomen	8	4.70%
	9	20%
	10	68%
	Total	92.70%

Reactivo cuatro.

Se sugirió realizar un cambio de la frase "porque no puedo dejar de pensar" por "debido a que no puedo dejar de pensar" para expresar la causalidad acorde a la apreciación de los jueces, así como "disfrutar de mi tiempo" por "relajarme, disfrutar, mí tiempo libre o disfrutar de mí" para hacer más cercana la redacción al lenguaje cotidiano.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Me resulta difícil disfrutar de mi tiempo porque no puedo dejar de pensar en las molestias en mi abdomen	8	12.70%
	9	22.70%
	10	57.30%
	Total	92.70%

Reactivo cinco.

Se sugirió realizar un cambio de la frase A menudo por Frecuente o constantemente, así como no tener movimientos intestinales (evacuaciones) normales por no hacer del baño de forma adecuada, no poder hacer del baño bien, de no tener evacuaciones normales. Sugerencia de crear dos reactivos uno con movimientos intestinales y otro con evacuaciones.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
A menudo tengo miedo de no tener movimientos intestinales (evacuaciones) normales	8	6.70%
	9	26.70%
	10	50.70%
	Total	84.10%

Reactivo seis.

Se sugirió realizar un cambio de la frase malestar en el abdomen por malestar abdominal, así como Debido al temor de desarrollar por "Por el miedo de presentar, desarrollar o generar". Se encontró como sugerencia iniciar la oración con rara vez pruebo nuevos alimentos debido a (…).

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Debido al temor de desarrollar malestar en el abdomen, rara vez pruebo nuevos alimentos	8	8.70%
	9	20%
	10	65.30%
	Total	94%

Reactivo siete.

Se sugirió realizar un cambio de la última parte del reactivo probablemente me sentiré con molestias por probablemente sentiré molestias o me sentiré incómodo o me causará molestias o tendré molestias.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
No importa lo que coma, probablemente me sentiré con molestias	8	8%
	9	22%
	10	65.30%
	Total	95.30%

Reactivo ocho.

Se sugirió realizar un cambio de la última parte del reactivo probablemente me sentiré con molestias por probablemente sentiré molestias o me sentiré incómodo o me causará molestias o tendré molestias.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Tan pronto como siento el malestar abdominal, comienzo a preocuparme y me siento ansioso	8	6%
	9	21.30%
	10	68%
	Total	95.30%

Reactivo nueve.

Se sugirió corregir la redacción del reactivo retirando la palabra nuevo o dejarlo, pero quitando “en el que no he estado antes” y volver más coloquial la frase es localizar el baño por buscar, encontrar o mirar el baño o donde está el baño.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Cuando entro a un lugar nuevo en el que no he estado antes, una de las primeras cosas que hago es localizar el baño	8	8.70%
	9	24.70%
	10	63.30%
	Total	96.70%

Reactivo diez.

La recomendación fue reemplazar la palabra consciente por atento, alerta, vigilante, al tanto o monitoreando/ vigilando, así como el inicio de la frase poder reemplazar la palabra estoy constantemente por constantemente.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Estoy constantemente consciente de las sensaciones que tengo en mi abdomen	8	8%
	9	21.30%
	10	61.30%
	Total	90.60%

Reactivo once.

Se recomienda, cambiar el inicio de la frase de a menudo siento por frecuente o constantemente y acomodar la oración sobre podrían ser un signo de una enfermedad grave por podrían significar o ser una señal de una enfermedad grave.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
A menudo siento que las molestias en mi abdomen podrían ser un signo de una enfermedad grave	8	2.70%
	9	16%
	10	78.70%
	Total	97.40%

Reactivo doce.

Las observaciones fueron alternativas de redacción del reactivo como “Desde que despierto/ en el momento en el que despierto/ en cuanto me despierto me preocupo o me siento preocupado por tener molestias (…).

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Tan pronto como me despierto, me preocupa tener molestias en el abdomen durante el día	8	4%
	9	16.70%
	10	77.30%
	Total	98%

Reactivo trece.

Se sugirió cambiar la palabra malestar por dolor, y la palabra me asusto por me asusta. Una sugerencia adicional fue iniciar la oración por "Me asusta cuando siento molestias en el abdomen".

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
Cuando siento molestias en mi abdomen, me asusto	8	4.70%
	9	16.70%
	10	76%
	Total	97.40%

Reactivo catorce.

Se sugirió cambiar la palabra malestar en mi abdomen por malestar abdominal, y la frase "en mi abdomen me molesta mucho por en mi abdomen es mucho" o "me incomoda bastante o el malestar en mi abdomen aumenta". Una sugerencia adicional fue iniciar la oración por "el malestar en mi abdomen, en situaciones estresantes me molesta mucho". El uso de la palabra malestar y me molesta es redundante.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
En situaciones estresantes, el malestar en mi abdomen me molesta mucho	8	7.30%
	9	20.70%
	10	64.70%
	Total	92.70%

Reactivo quince.

Se sugirió cambiar la expresión de "constantemente pienso en lo que está pasando" por "Constantemente pienso en lo que pasa" y no dentro de mi abdomen sino en mi abdomen.

Reactivo	CALIFICACIÓN	PORCENTAJE DE JUECES
	8	4%
Constantemente pienso en lo que está	9	14.70%
pasando dentro de mi abdomen	10	77.30%
	Total	96%

ANEXO 16. Índice de Sensibilidad Visceral (adaptación en español)

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"

MEDICINA CONDUCTUAL: PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS

Índice de Sensibilidad Visceral (VSI-M)

Facultad de Psicología

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha: _____

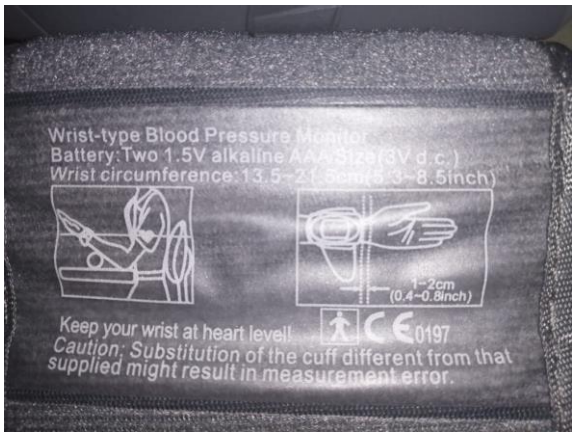
Instrucciones: A continuación, se presentan oraciones que describen la forma en que algunas personas responden a los síntomas o molestias en su vientre o abdomen bajo. Estos pueden incluir dolor, diarrea, estreñimiento, hinchazón o sensación de urgencia (por evacuar). Por favor responda en que medida está usted **de acuerdo o en desacuerdo** con cada una de las afirmaciones, EN RELACIÓN A SU EXPERIENCIA. Responda todas las afirmaciones de la manera más honesta posible.

	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Me preocupa que cada vez que coma durante el día, la inflamación y la distensión (hinchazón) en mi abdomen empeoren.						
2. Me siento ansioso cuando voy a un restaurante nuevo						
3. A menudo me preocupo por los problemas en mi abdomen						
4. Me resulta difícil disfrutar mi tiempo porque no puedo dejar de pensar en las molestias de mi abdomen						
5. A menudo tengo miedo de no tener evacuaciones normales (movimientos intestinales)						
6. Por temor a desarrollar malestar en el abdomen, rara vez pruebo nuevos alimentos						
7. No importa lo que coma, probablemente sentiré molestias						

	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
8. Tan pronto como siento el malestar abdominal, comienzo a preocuparme y a sentirme ansioso						
9. Cuando entro a un lugar en el que no he estado antes, una de las primeras cosas que hago es ubicar el baño						
10. Estoy constantemente alerta de las sensaciones que tengo en mi abdomen						
11. A menudo siento que las molestias en mi abdomen podrían ser señal de una enfermedad grave						
12. En cuanto me despierto, me preocupa tener molestias en el abdomen durante el día						
13. Cuando siento molestias en mi abdomen, me asusto						
14. En situaciones estresantes, el malestar en mi abdomen me incomoda mucho.						
15. Constantemente pienso en lo que está pasando dentro de mi abdomen						

ANEXO 17. Monitor digital automático de presión sanguínea de muñeca







ANEXO 18. Termómetro digital de sensor de termopila infrarrojo





ANEXO 19. Diario de Síntomas Gastrointestinales del paciente

Diario de Síntomas

Semana: _____

SINTOMA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	OBSERVACIONES
DOLOR ABDOMEN (PUNZADA)								
GASES								
DIARREA O ESTREÑIMIENTO								
HINCHAZÓN								
ANSIOSO								
OTRO								

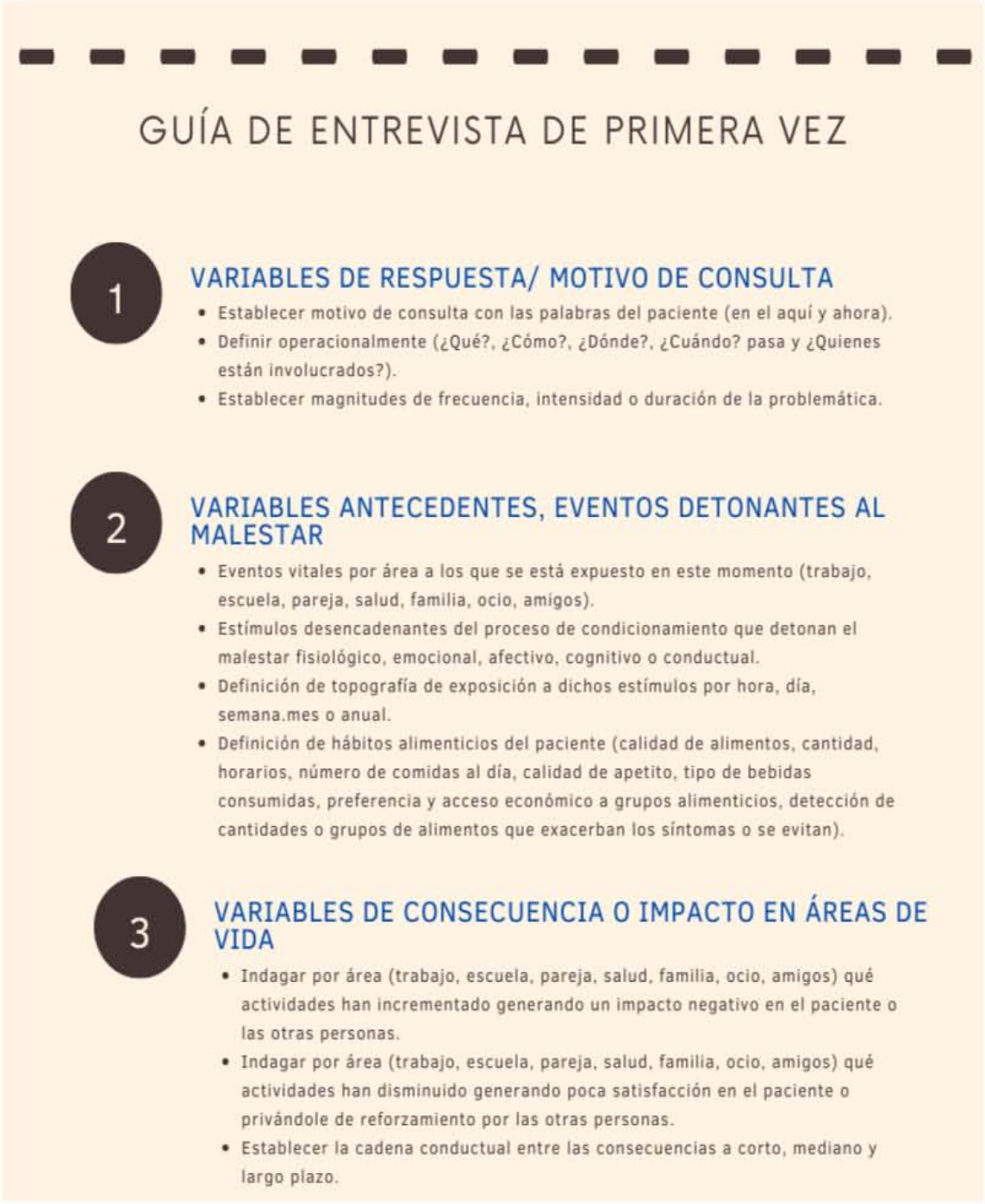
ANEXO 20. Check list de conductas observadas en el terapeuta

FORMATO DE OBSERVACIÓN

Instrucciones: de la siguiente lista de verificación señala los comportamientos que realiza el terapeuta durante su entrevista según se indica. Es posible elegir más de una respuesta según el caso

El terapeuta ...					
1. Evaluación de la letalidad					
... obtuvo *datos básicos*	Si		No		No fue necesario
... evaluó *riesgo y letalidad*	Si		No		No fue necesario
... evaluó *necesidades psicosociales* inmediatas	Si		No		No fue necesario
... evaluó la necesidad de *atención médica o policial*	Si		No		No fue necesario
2. Establecimiento de rapport y alianza					
... se presenta por su *nombre*	Si				No
... se presenta por su *rol – cargo*	Si				No
... explica que está ahí para *ofrecer ayuda*	Si				No
... establece la *alianza terapeutica*	Si				No
... garantiza cierto grado de *privacidad*	Si		No		No fue posible
... invita a *sentarse* al paciente	Si		No		No fue posible
... *se dirige al paciente por su nombre* le habla al usuario adecuadamente de acuerdo a su edad y género	Si				No
... mantiene *contacto visual*	Si				No
... modula el *tono* de su voz	Si				No
... su *lenguaje es adecuado* al nivel socio-educativo del paciente	Si				No
... se apoya de *comunicación no verbal* para demostrar escucha activa	No	Asiente con la cabeza	Se ayuda se movimientos para hablar	Dirige su postura hacia el paciente	Otro
... pidió *permiso* para establecer *contacto físico*	Si		No		No fue necesario
... utiliza *clarificación* en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... utiliza *paráfrasis* en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... utiliza *reflejo* de emociones en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... utilizo la *validación* de emociones en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... utilizó la *normalización* de emociones en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... utiliza *síntesis* en los momentos apropiados	Todas las veces	En algunas ocasiones	En pocas ocasiones	Ninguna vez	No fue necesario
... permitió la *expresión* del paciente sin interrupción, sobre todo al inicio de la entrevista	Si		No		No fue necesario
... se apoyó de estrategias para la *desactivación fisiológica*	Si		No		No fue necesario
... se apoyó de estrategias para limitar la emoción (pasar pañuelos, vaso de agua, pedir que se tranquilice para poderla ayudar	Si		No		No fue necesario
... mantuvo un *estilo de entrevista*	Directivo		No directivo		Moderado
3. Evaluación					
... indagó sobre el evento *desencadenante*	Si		No		No fue necesario
... indagó *cogniciones*	Si		No		No fue necesario
... indagó *afecto*	Si		No		No fue necesario
... indagó *fisiología*	Si		No		No fue necesario
... indagó *conductas* (respuesta)	Si		No		No fue necesario
... realizó una *lista de problemas*	Si		No		No fue necesario
... identificó *prioridades y necesidades inmediatas*	Si		No		No fue necesario
... indagó *que ha hecho hasta el momento* para intentar resolverlo	Si		No		No fue necesario
... indagó *estrategias de afrontamiento* en el pasado	Si		No		No fue necesario
... indagó sobre *habilidades y recursos internos*	Si		No		No fue necesario
... indagó sobre *recursos externos*	Si		No		No fue necesario
4. Técnica de solución de problemas					
... ayudó al paciente a *definir el problema*	Si		No		No fue necesario
... ayudó al paciente a generar *alternativas* de solución	Si		No		No fue necesario
... ayudo al paciente a *analizar* las alternativas de solución	Si		No		No fue necesario
... ayudó al paciente a *tomar una decisión*	Si		No		No fue necesario
... ayudó al paciente a *poner en práctica* la solución elegida	Si		No		No fue necesario
... acordó con el paciente momento específico para el seguimiento	Si		No		No fue necesario

ANEXO 21. Guía de la Entrevista Clínica realizada con las pacientes para Focalizar el Motivo de Consulta.



GUÍA DE ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ

1

VARIABLES DE RESPUESTA/ MOTIVO DE CONSULTA

- Establecer motivo de consulta con las palabras del paciente (en el aquí y ahora).
- Definir operacionalmente (¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Dónde?, ¿Cuándo? pasa y ¿Quienes están involucrados?).
- Establecer magnitudes de frecuencia, intensidad o duración de la problemática.

2

VARIABLES ANTECEDENTES, EVENTOS DETONANTES AL MALESTAR

- Eventos vitales por área a los que se está expuesto en este momento (trabajo, escuela, pareja, salud, familia, ocio, amigos).
- Estímulos desencadenantes del proceso de condicionamiento que detonan el malestar fisiológico, emocional, afectivo, cognitivo o conductual.
- Definición de topografía de exposición a dichos estímulos por hora, día, semana.mes o anual.
- Definición de hábitos alimenticios del paciente (calidad de alimentos, cantidad, horarios, número de comidas al día, calidad de apetito, tipo de bebidas consumidas, preferencia y acceso económico a grupos alimenticios, detección de cantidades o grupos de alimentos que exacerban los síntomas o se evitan).

3

VARIABLES DE CONSECUENCIA O IMPACTO EN ÁREAS DE VIDA

- Indagar por área (trabajo, escuela, pareja, salud, familia, ocio, amigos) qué actividades han incrementado generando un impacto negativo en el paciente o las otras personas.
- Indagar por área (trabajo, escuela, pareja, salud, familia, ocio, amigos) qué actividades han disminuido generando poca satisfacción en el paciente o privándole de reforzamiento por las otras personas.
- Establecer la cadena conductual entre las consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

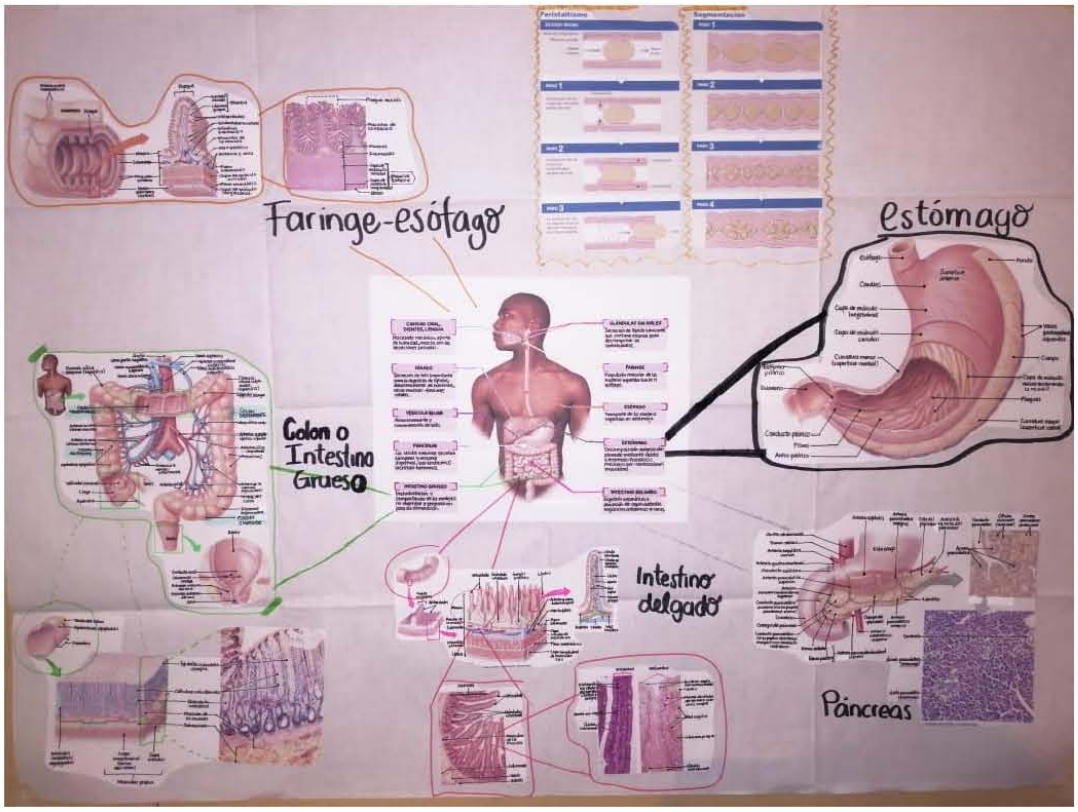
4 VARIABLES A DISTANCIA O DE HISTORIA DE VIDA

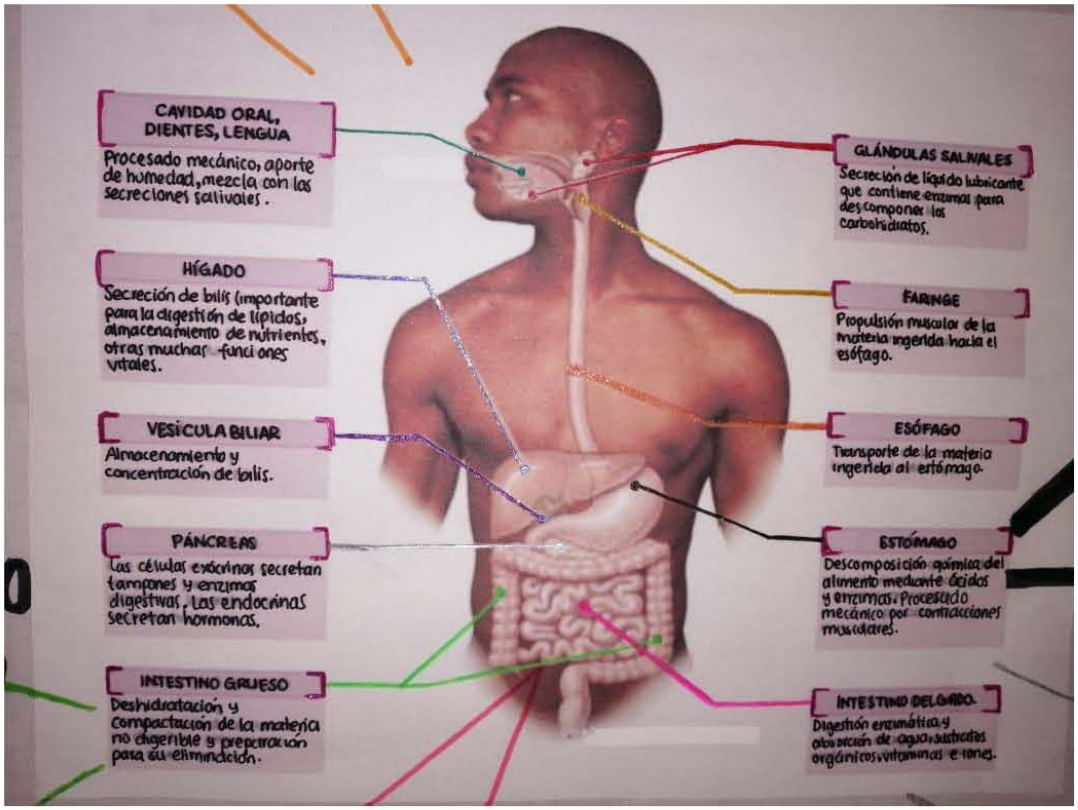
- Antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónico-degenerativas(en salud física y mental)
- Patrón de crianza, lugar que ocupa dentro de los hijos, funciones dentro de la familia nuclear o extensa, miembros con quienes habita y relación con ellos, pérdidas recientes de algún miembro de la familia o cercano
- Historia de eventos de estrés agudo en el ciclo vital del paciente, intentos de solución puestos en práctica y resultados de cada intento
- Historial de tratamientos psicológicos previos (enfoque, duración, objetivo, avances percibidos y motivo de cambio o finalización de cada uno)
- Historial de tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos previos (año, duración, dosis y nombre de fármacos o intervenciones llevadas a cabo, resultados de cada una, historial de adherencia a prescripciones médicas y percepción del servicio).
- Historial de consumo de sustancias (por cada sustancia: edad de inicio del primer consumo, número de veces que se ha consumido, frecuencia, contexto y dosis que se ha consumido y efectos, períodos de abstinencia y razones para iniciar y terminar la abstinencia).
- Historial de episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o crisis de ansiedad así como estrés agudo previos (número de ocasiones, topografía del episodio, antecedentes, intentos de solución y resultados).
- Área escolar o laboral: antecedentes de número de empleo u opciones de elección de carrera, sueldo o experiencia profesional, proyecto de vida laboral-profesional, promedio o tiempo de antigüedad y condiciones de desplazamiento a la escuela, trabajo o de jubilación y prestaciones.

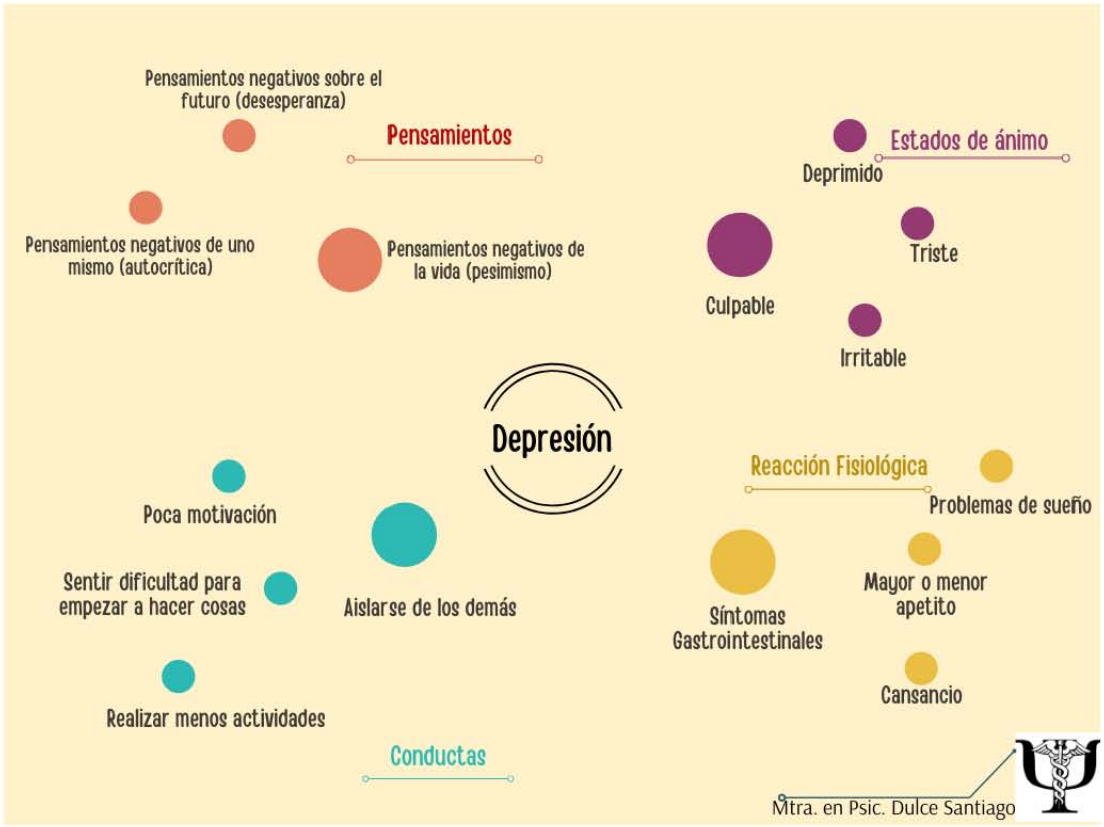
5 VARIABLES ORGANISMICAS

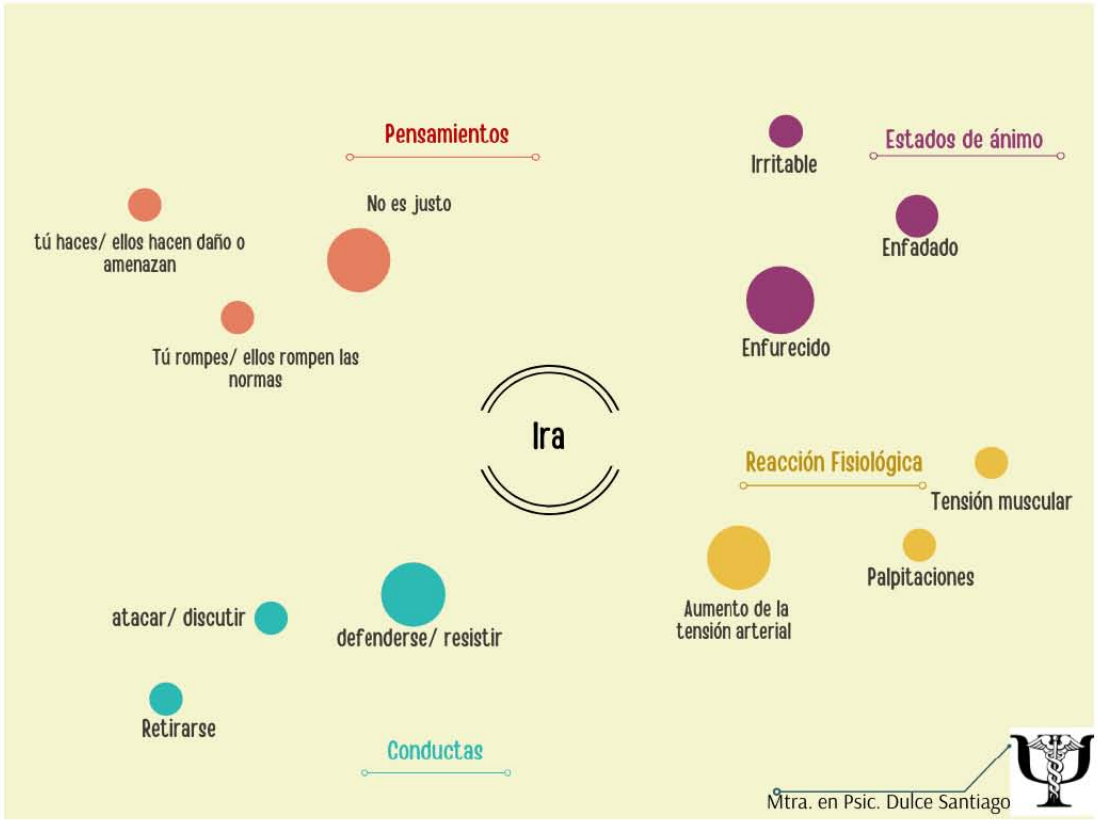
- Diagnósticos y tratamientos actuales.
- Lugar de origen y residencia.
- Edad.
- EN MUJERES: regularidad del ciclo menstrual, cantidad de flujo, dolor o problemas con menstruación, procesos de embarazo, uso de métodos de anticoncepción, procesos de interrupción de embarazo, alteraciones en el placer o deseo sexual, última visita al ginecólogo, últimos exámenes de rutina).
- EN HOMBRES: dificultades con erección (inicio o mantenimiento), métodos de anticoncepción, alteraciones en el placer o deseo sexual, última visita con urólogo, , últimos exámenes de rutina).
- Higiene de sueño y calidad de descanso
- Actividad física realizada (definir cuál, duración y frecuencia semanal)
- Percepción de salud y enfermedad física, mental y gastrointestinal
- Expectativa del servicio de salud

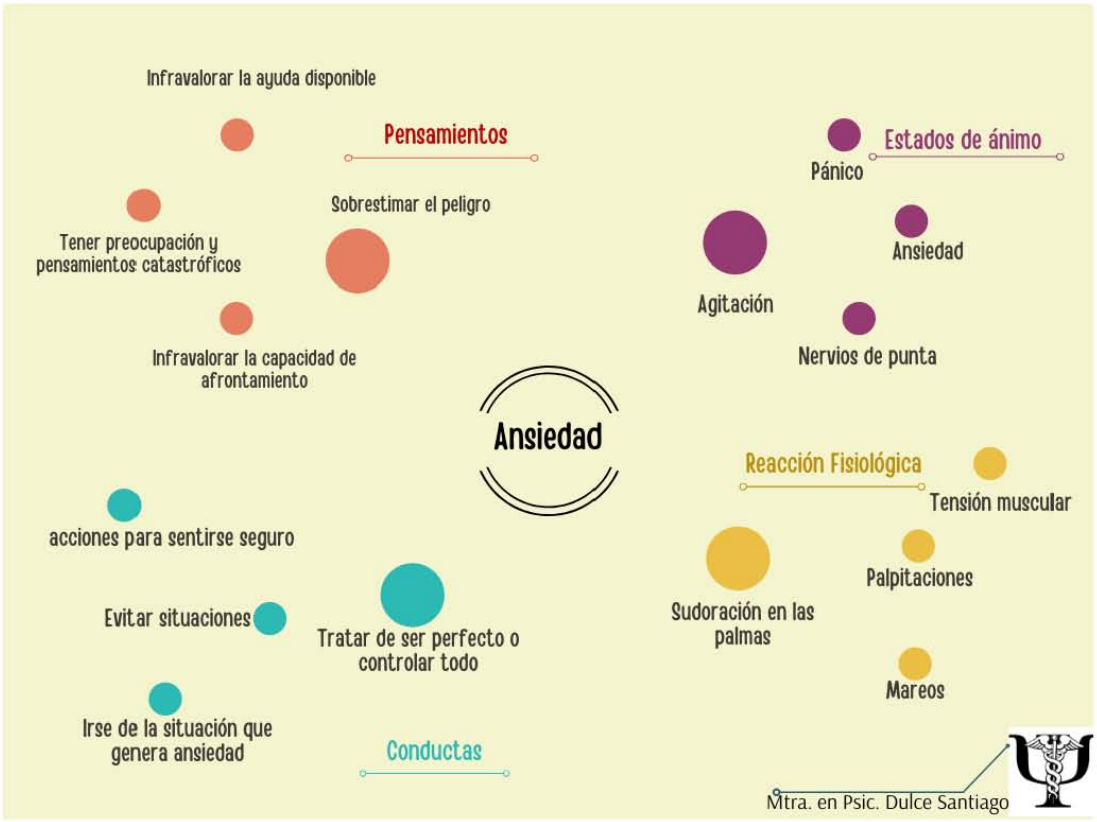
ANEXO 22. Modelo Psicoeducativo sobre el Síndrome de Intestino irritable



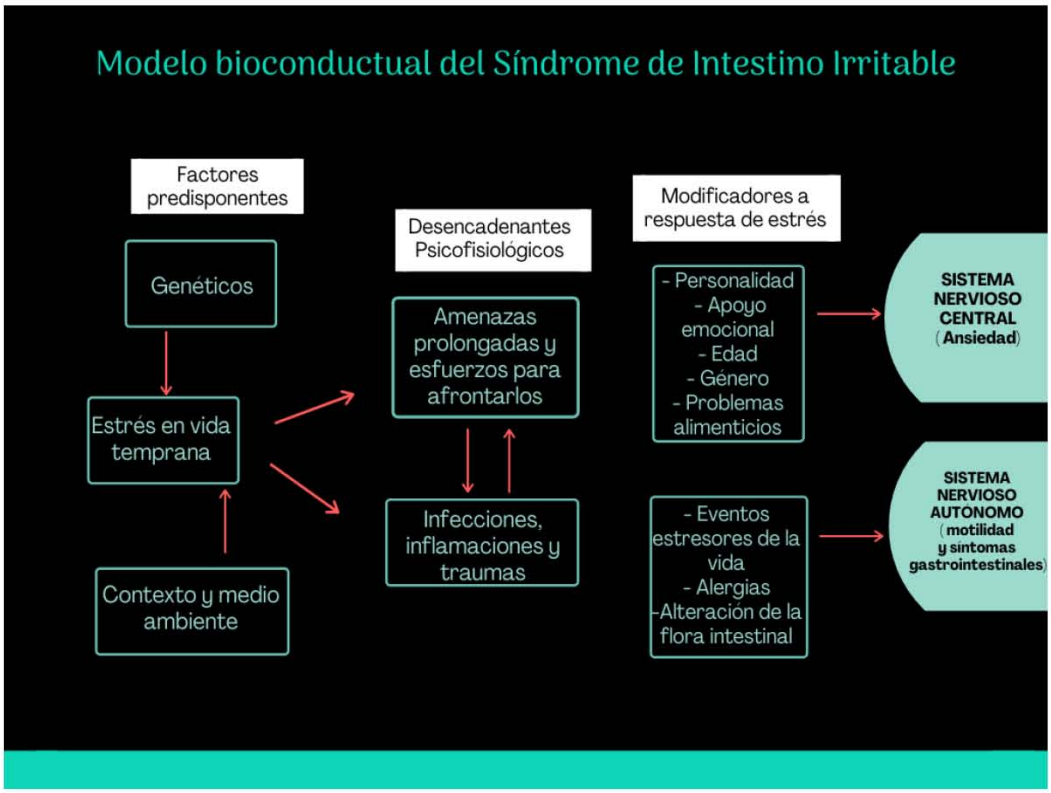



Pensamientos negativos sobre el futuro (desesperanza)
Pensamientos
Pensamientos negativos de uno mismo (autocrítica)
Pensamientos negativos de la vida (pesimismo)
Estados de ánimo
Deprimido
Triste
Culpable
Irritable
Depresión
Reacción Fisiológica
Problemas de sueño
Poca motivación
Sentir dificultad para empezar a hacer cosas
Aislarse de los demás
Síntomas Gastrointestinales
Mayor o menor apetito
Cansancio
Realizar menos actividades
Conductas
Mtra. en Psic. Dulce Santiago


Pensamientos
Irritable
Estados de ánimo
No es justo
tú haces/ ellos hacen daño o amenazan
Enfadado
Enfurecido
Tú rompes/ ellos rompen las normas
Ira
Reacción Fisiológica
Tensión muscular
Palpitaciones
Aumento de la tensión arterial
atacar/ discutir
defenderse/ resistir
Retirarse
Conductas
Mtra. en Psic. Dulce Santiago


Infravalorar la ayuda disponible
Pensamientos
Tener preocupación y pensamientos catastróficos
Sobrestimar el peligro
Infravalorar la capacidad de afrontamiento
Ansiedad
acciones para sentirse seguro
Evitar situaciones
Tratar de ser perfecto o controlar todo
Irse de la situación que genera ansiedad
Conductas
Pánico
Estados de ánimo
Ansiedad
Agitación
Nervios de punta
Reacción Fisiológica
Tensión muscular
Palpitaciones
Sudoración en las palmas
Mareos
Mtra. en Psic. Dulce Santiago

ANEXO 23. Modelo bioconductual del Síndrome de Intestino Irritable diseñado para los pacientes

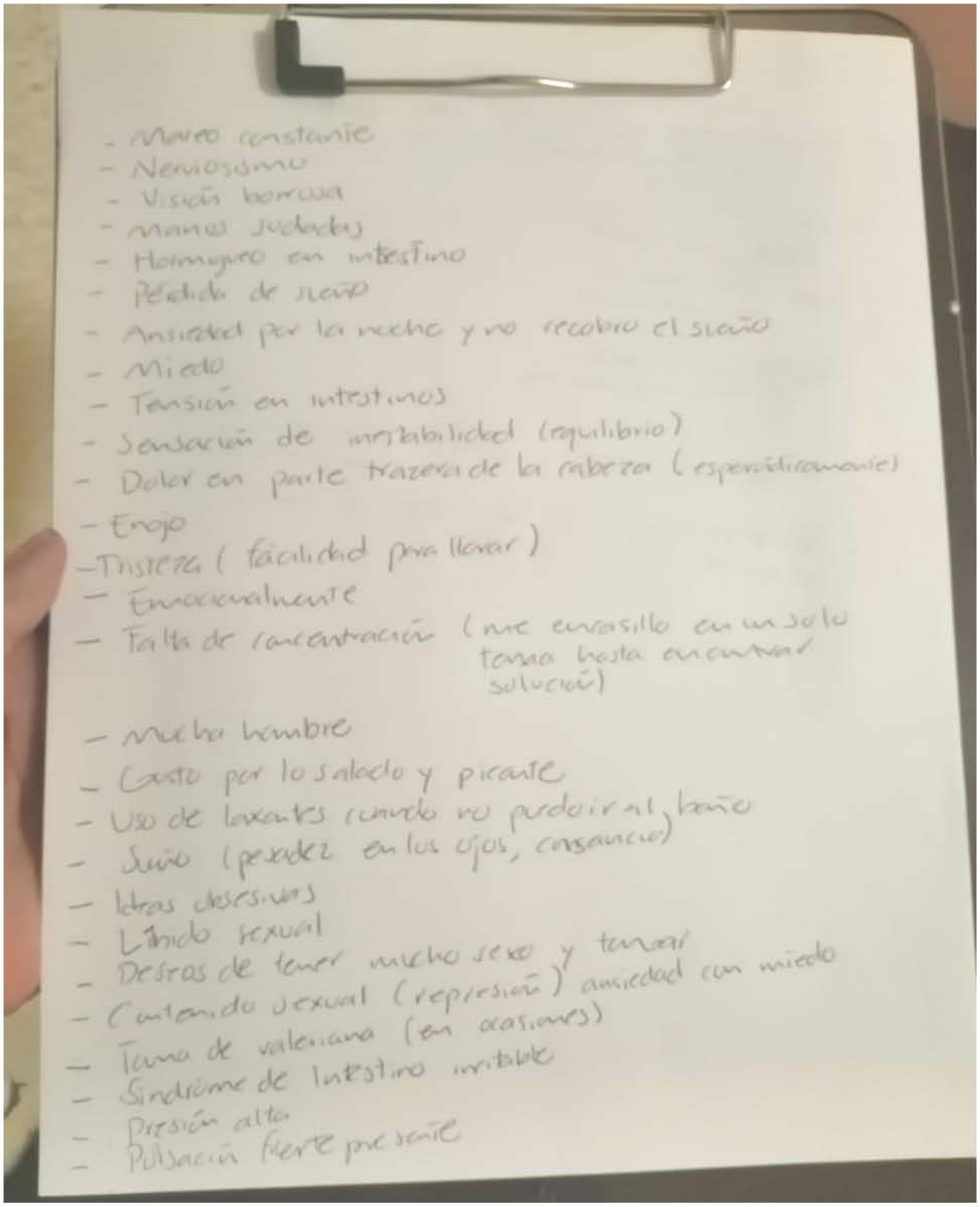




ANEXO 24. Cuestionario para paciente ¿Qué es el Síndrome de Intestino Irritable?



ANEXO 25. Lista de síntomas y estresores durante entrenamiento en proceso de referencia (EJEMPLOS)



ANEXO 26. Instrucciones brindadas durante el entrenamiento en Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva

Primera sección ejercicio de imaginación Guiada.

Se les indicó que era fundamental que sintiera cómodo(a), recargado(a) en el respaldo del asiento y que nada le incomodara o apretara para imaginarse en la siguiente escena:

Estás parado(a) en la puerta de su cocina, viendo hacia adentro de la cocina, volteamos lentamente la cara a la izquierda y realizamos una especie de paneo, de escaneo de izquierda a derecha, muy despacito hasta que identificamos los objetos que vemos cada día en nuestra cocina, y vemos dónde se cortan las verduras, dónde hay una mesa, un mostrador, un refrigerador, dónde está la estufa quizá un microondas, una silla, etcétera.

Entonces ve tu cocina 1 minuto, recuérdala y familiarízate con ella, de modo que sientas que esa es tu cocina (se dieron 5 segundos de silencio) eso es, ahora camina hacia el refrigerador, abre el refrigerador, allí están unos limones, saca un limón, cierra el refrigerador y ve a donde están los cuchillos, sacas un cuchillo, cierras el cajón y va al mostrador o mesa donde hay una tabla en que se puedan cortar las verduras.

Coloca el limón sobre la tabla y lo partes a la mitad, dejamos el cuchillo a un lado, separamos las dos mitades del limón. Tomamos el limón con una mano, nos los acercamos a la cara, levantamos un poco la cara y abrimos un poquito la boca y sacamos tantito la lengua, acercamos el limón a nuestra cara y exprimimos sobre nuestra lengua 2 o 3 gotitas de jugo de limón.

Vemos la imagen con mucha claridad y sentimos en la lengua con mucha claridad como caen las gotitas de limón. Ahora lentamente vamos abriendo los ojos y regresando al consultorio, puedes dejar tu vista fija en un punto que desees.

Ahora, cuéntenme ¿qué cambios lograste percibir en tu lengua? ¿Tuviste dificultades para visualizar alguna parte de la escena? ¿Te das cuenta cómo no necesitaste el limón o estar en tu cocina para experimentar un cambio en tu cuerpo?

Segunda sección Instrucciones a los pacientes para la realización del Entrenamiento en Respiración Diafragmática

La regulación emocional depende casi 100% de nuestro Sistema Nervioso, por lo cual les pedimos pónganse cómodas y vamos a comenzar a ensayar la Respiración Diafragmática:

1. Lo que se inflama es la barriga no el pecho, para que el musculo del diafragma se esté distendiendo bien, en cambio sí tenemos la barriga apachurrada el aire nos sirve menos.

2. Vamos a cerrar los ojos, colocando ambas manos colgando o sobre los muslos, vamos a ir respirando con el ritmo que se les va marcando.
3. Lo hacemos de manera profunda (primera vez) deja que se llene tu barriga y no te preocupes por la barriga (segunda vez) y suéltalo despacio por la nariz (tercera vez), vamos otra vez (cuarta vez).
4. Abre los ojos y siéntete respirando como lo lograste ahorita, es decir, detecta y nota esa respiración tan especial que deja que se nos infle la barriga y siéntelo porque necesito que te acostumbres a ver cómo estás respirando. Pon atención a tu respiración y nótala.
5. Hacemos otras respiraciones ya con los ojos abiertos.
6. Recordemos que la respiración tiene 4 características: lenta, profunda, empujando la barriga y sin esfuerzo, no debemos sentir que estamos trabajando con la respiración, sino que ésta es muy calmada, lenta y profunda.

Tercera sección Instrucciones a los pacientes para la realización de la Relajación Muscular Progresiva.

Vamos a hacer el ejercicio que más ayuda al humano cuando está angustiado, tal como vimos en el ejercicio donde la imagen de una gota de limón produce una reacción como si el limón estuviera allí, así los ejercicios de relajación muscular progresiva profunda nos ayudan a lidiar mucho con la angustia y la ansiedad.

Practicar el ejercicio es lo recomendable para que lo puedas dominar, se va a empezar a practicar y después vamos a estar con los ojos cerrados e ir grupo muscular por grupo muscular, de arriba hacia abajo, pero primero mírame e inténtalo con los ojos abiertos para que ahorita que lo hagamos completo sepas cómo se debe realizar cada tensión y distensión.

- Fruncir el ceño como si estuviéramos enojados y quisiéramos juntar una ceja con la otra (solo en esa zona del rostro no en todo, mediante modelamiento). Nada más aquí, no en el resto de la cara.
  Mantenerlo fruncido hasta que cuente a 5 y vamos 1, 2, 3, y vas a memorizar como se siente un ceño fruncido, una frente tensa, 4 y cuando diga 5 soltamos, 5.
- Ahora como si una luz muy intensa nos lastimara los ojos, aprieta los párpados y los mantenemos tensos como lo estoy haciendo (se modeló la conducta) y cuando yo llegue a 5 y diga 5 entonces aflojamos los párpados y de nuevo están flojitos y suaves.
- Luego con los labios y mejillas como si tuviera un gesto de enfado y sostenemos hasta que cuente hasta 5 y cuando diga 5 sueltan.

- Ahora la mandíbula, aprieta como si estuvieran mordiendo algo sin que llegues a lastimarte, no los labios sino, con los músculos, mientras cuento hasta 5.
- Luego vamos a decir cuello, y te fijas que vamos de arriba hacia abajo ¿para qué? Para que no se nos olvide el orden y entonces lo tensamos, no los hombros sino el cuello.
- Luego cierras los puños y subes los hombros como si quisieras tocarte las orejas hasta arriba y sostienes y cuando diga 5 lo sueltas.
- Cierres los puños y pegas tus codos a las costillas y vamos a apretarlas, como si quisiéramos apachurrarlas con los codos, solo mientras se cuenta hasta 5 y después aflojamos.
- Barriga: como si quisieras ponerte un pantalón que te quedara chiquito y aprieta la panza hasta que se cuente hasta 5 y al decir 5 aflojan la panza.
- Ahora poniendo los pies en el piso vamos a contraer el trasero mientras contamos hasta 5 y va a estar contraído y luego soltamos.
- Luego como si tuvieras una hoja de papel entre las rodillas y no quisieras que se cayera vamos a apretar una rodilla con la otra mientras yo cuento hasta 5, y vamos contando 1, 2, 3, 4, y 5, soltamos.
- Finalmente vamos a subir las puntas de los pies, de modo que todo se pone tenso y vamos a sostener mientras cuento hasta 5.
- Cerramos los ojos y entonces vamos a comenzar con la respiración vamos a tomar aire profundo y lento (4ta vez) lo soltamos por la nariz y dejen que se infle la barriga.
- Vamos a fruncir el ceño, juntando las cejas y nota como se siente esa frente tensa y memorícenlo, 1, 2, 3, 4 y 5, aflojamos la frente y sentimos cuando la tocamos con los dedos en oposición a como se sentía fruncida hace rato.
- Como si nos hubieran encendido una lámpara enfrente apretamos los parpado, fíjate que ya no es la frente solo son los parpados, los apachurramos, 1, 2, 3, fíjense y memoriza esa sensación de parpados duros, 4, 5 y aflojamos los parpados y caen naturalmente con su propio peso sobre los ojos.
- Haciendo un gesto de enfado apretamos los labios, 1, 2, memoriza como se sienten los labios tensos y como se siente esa sensación, 3, 4 y 5 ahora se quedan flojos y nos grabamos esa sensación de cómo estaban los labios hace rato tensos y cómo están ahora flojitos.
- Ahora vamos con la mandíbula no con los labios sino con los dientes de modo que se nos ponen duros los músculos de la cara, solamente esa parte y nota como la frente, los párpados y los labios están flojitos 1, 2, 3, 4 y memorícense una mandíbula apachurrada y dejen que caiga con el peso natural del hueso, hasta que quede flojita.

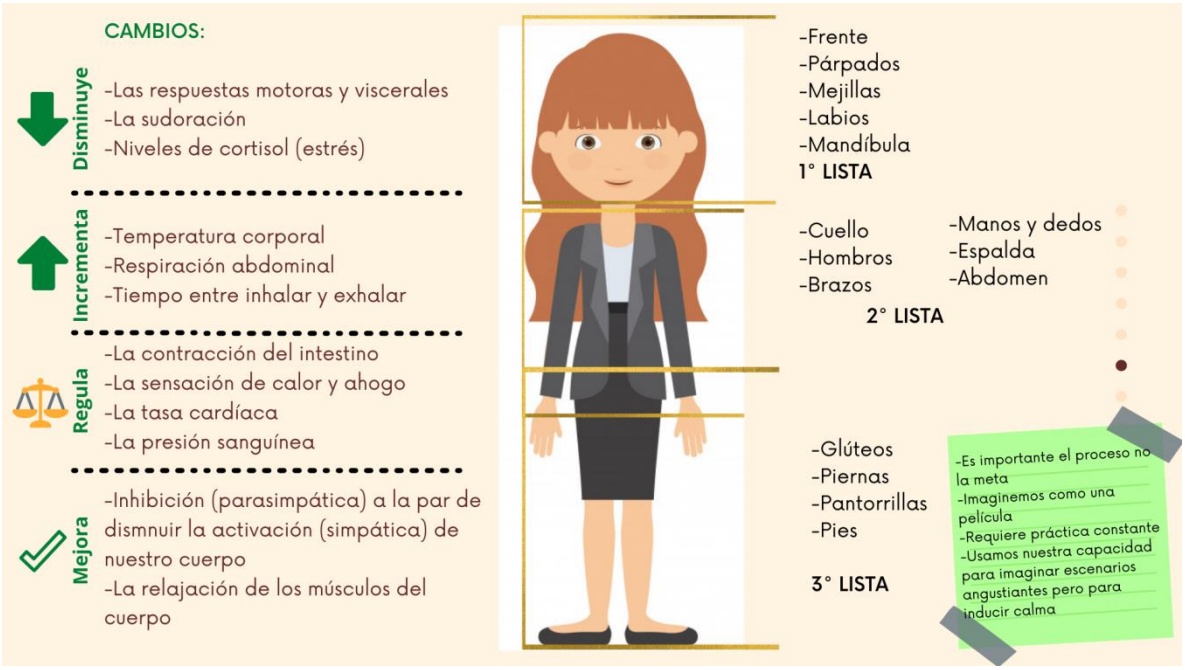
- Vamos a pasar lista, de manera que cada que los menciono cada grupo muscular respondiera presente tú te aseguras de que ese pedacito esté flojo: frente, párpados, mejillas y labios, mandíbula como si se nos alargara la cara.
- Cuello tieso y nos memorizamos como se siente un cuello tenso pero la cara floja, 1, 2, 3 sólo el cuello 4, 5 aflojamos el cuello, ha quedado tan flojito que se nos sostienen la cabeza apenas en equilibrio.
- Cerramos los puños, y subimos los hombros como si quisiéramos tocarnos las orejas, hasta arriba mientras se cuenta hasta 5. 1, 2, 3, grabándose como se sienten los hombros tensos, 4 y 5 cuelgan nuestros hombros y se siente clarísima la diferencia entre hombros tensos y relajados.
- Ahora pegamos los codos a los costados hacia el centro como si quisiéramos apachurrarnos las costillas, y al mismo tiempo apretamos la panza, nos cuesta un poco de trabajo respirar, pero sólo mientras cuento hasta 5. 1, aprieten con los codos las costillas, 2, metan la barriga 3, duro el abdomen y floja la cara, 4 y 5 y aflojamos los hombros, los brazos, y sentimos más relajado el abdomen y está reaccionando a nuestra respiración natural sentimos la diferencia de cómo se siente ese estado relajado.
- Y nos grabamos y memorizamos esta sensación de barriga floja, tórax flojo y brazos y manos flojos.
- Segunda lista desde arriba se va mencionando cada parte del cuerpo y como si esa parte respondiera presente verificamos que está relajada y floja: frente, párpados, mejillas y labios, mandíbula, cuello, hombros, brazos y manos flojas, pesadas y calientitas y la respiración es lenta y profunda, rica, por la barriga muy satisfactoria.
- Vayamos memorizando como va quedando nuestro cuerpo relajadito, descansado, y como cada vez menos cosas nos molestan.
- Continuamos apretamos el trasero, las pompas tensas mientras cuento hasta 5. 1, 2, 3, fíjense cómo se sienten, flojito la cara, el cuello y hombros sólo el trasero está contraído 4 y 5y recuperamos nuestra posición sobre la silla y notamos la diferencia entre cómo se sentía el trasero antes y ahorita.
- Ahora vamos con las piernas como si quisiéramos sostener una hoja con las rodillas y apretamos, 1, 2, no queremos que se caiga esa hoja, empujando una rodilla contra otro, pero el resto del cuerpo de la cintura para arriba está flojito, 3 sientan como se empuja una rodilla contra la otra, 4. Memoricen esta tensión en las piernas y 5 recuperamos esta posición de las rodillas y las piernas sobre la silla y nota la diferencia en cuanto a cómo estaban tensas y cómo están ahora.

- Levantamos los pies y nuestras pantorrillas están tensas sólo mientras cuento hasta 5 y 1, 2 recuerden esa tensión, 3, 4 y 5, y descansamos los pies sobre el piso y recuperamos esa sensación de pesadez y comodidad en las piernas.
- Pasamos la última lista desde arriba y como si cada parte va respondiendo: frente, párpados, mejillas, labios, mandíbula, cuello (apenas sostenemos la cabeza en su lugar), hombros, manos y brazos (cómo se van poniendo más tibias), trasero, piernas y rodillas (más tibias y cómodas), pantorrillas y finalmente pies.
- Fíjate cómo se siente, es una sensación de relajación, de comodidad, de tranquilidad, de paz, de una profunda calma, no nos estorba nada, no nos molesta nada, no nos incomoda absolutamente nada, solo sentimos nuestro cuerpo flojo desde la cabeza hasta la punta de los pies, nuestro cuerpo se ha hecho tan tibio que apenas si sentimos la silla como si flotáramos en el aire, y revisamos nuestra respiración es lenta, profunda, por la nariz y dejamos que se infle la barriga, muy agradable y llenadora y nos invade desde arriba hasta los dedos de los pies una profunda calma, siente y disfruta ésta profunda calma.
- Nuestro cuerpo ha quedado como un muñeco de trapo, muy a gusto, muy tranquilo, muy en paz y ahora para terminar repetimos la lista final, pero con ojos abiertos y dejamos que nuestra vista se pasee por todos lados y vamos a ir revisando solo me voy a brincar los párpados porque si no los vuelven a cerrar y empezamos: frente, mejillas y labios, mandíbula, cuello, hombros hasta abajo y descansando, brazos y manos, respiración, barriga, trasero, piernas, rodillas, pantorrillas, pies. Nota como estamos perfectamente alertas pero nuestro cuerpo ha quedado flojito, tranquilo, relajado, descansado, cómodo y continúa esta sensación de paz que nos invade, un descanso y una profunda calma. Esta sensación va a durar un buen rato, aprovéchala y disfrútala.

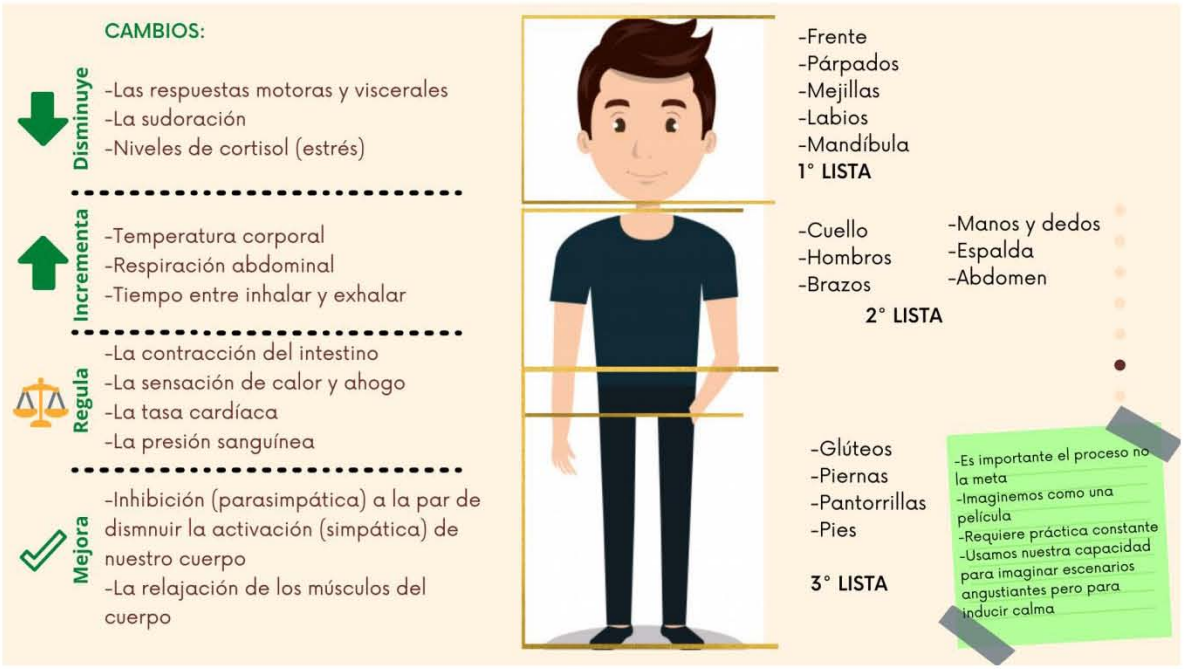
ANEXO 27. Check-list de verificación de pasos ejecutados por el paciente en ensayos conductuales posterior al entrenamiento en Respiración diafragmática y relajación muscular progresiva



(Versión para mujeres)



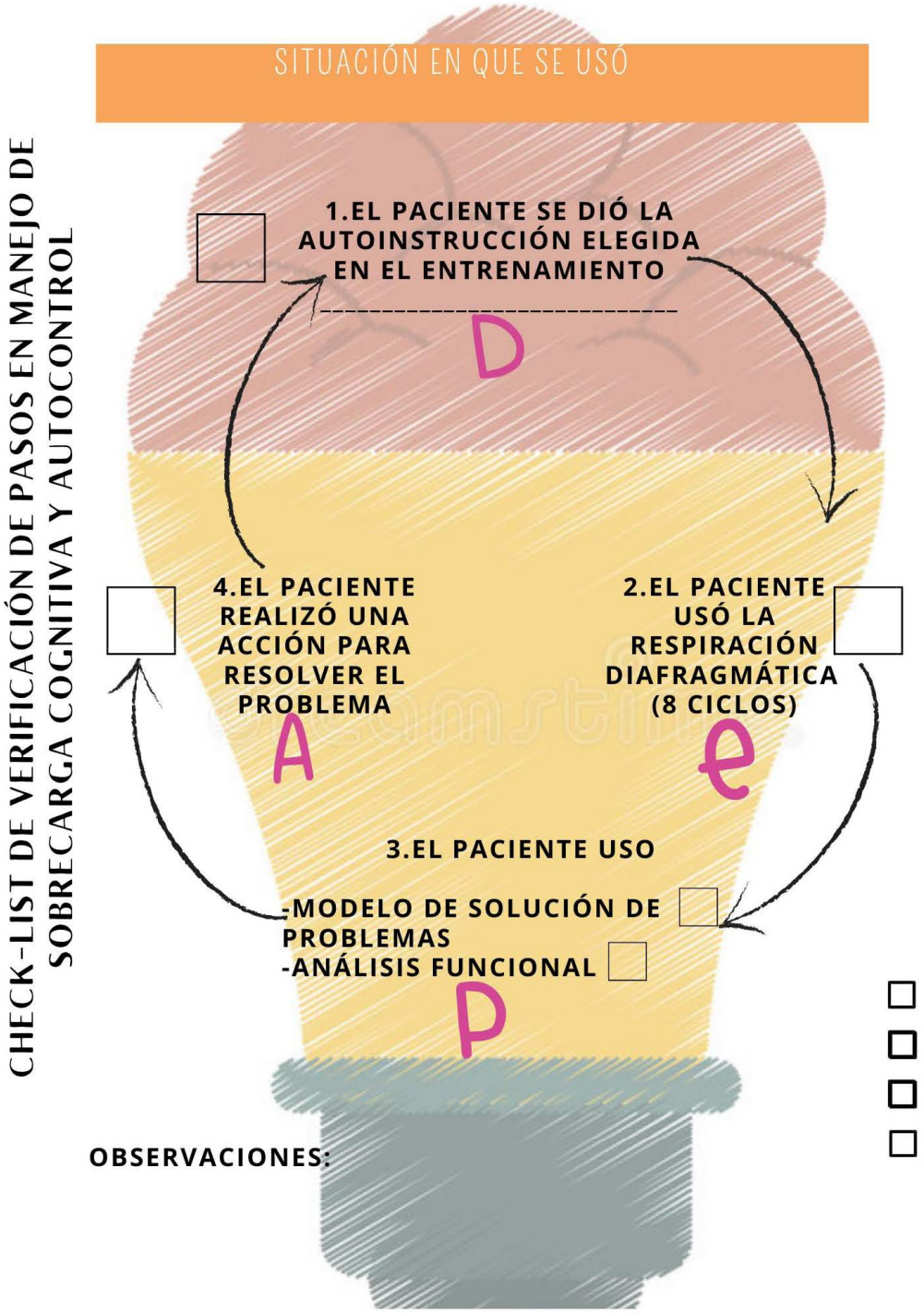
(Versión para hombres)



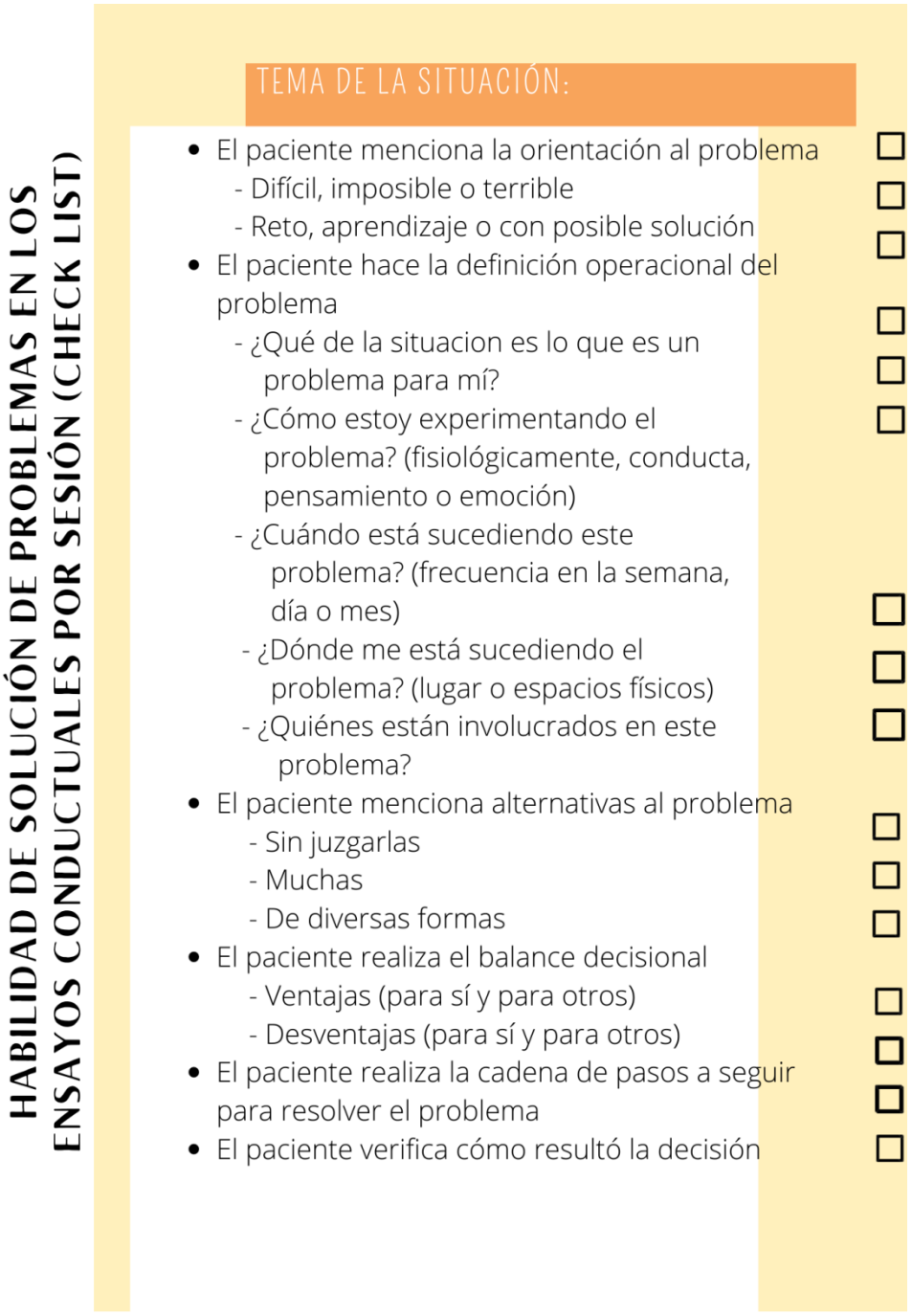
ANEXO 28. Registro del paciente de Análisis Funcional de los estímulos estresantes semanales



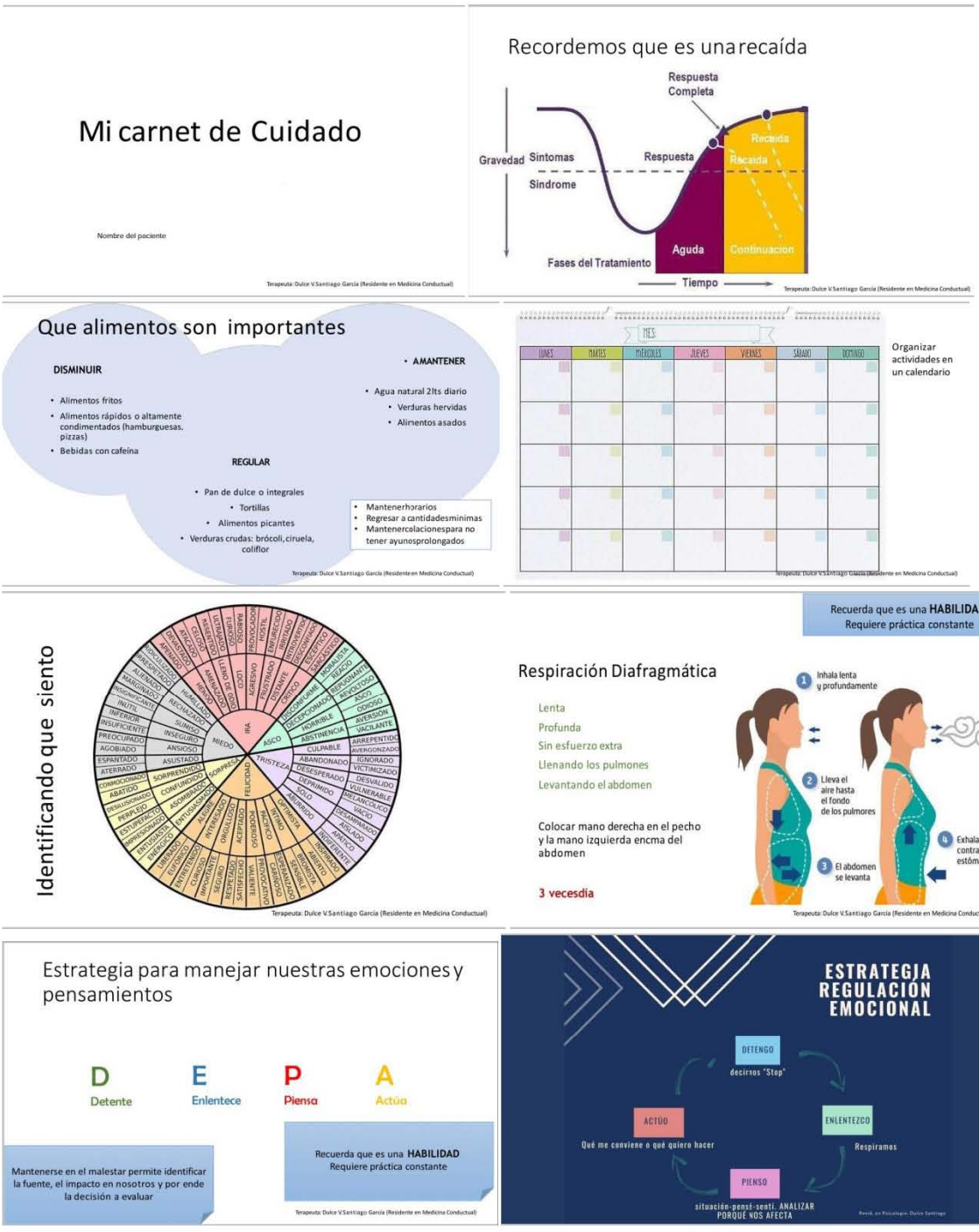
ANEXO 29. Check-list de verificación de pasos ejecutados por el paciente en ensayos conductuales posterior al entrenamiento en manejo de la sobrecarga cognitiva y autocontrol (DEPA)



Anexo 30. Check list de verificación de pasos ejecutados por el paciente en ensayos conductuales posterior al entrenamiento



Anexo 31. Carné de cuidado a la salud dado a los pacientes



Otros cuidados importantes

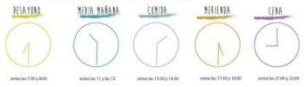
Dormir 6-8 horas



Tiempo de recreación



Establecer horarios de alimentos





Ejercitarnos

Terapeuta: Dulce V.Santiago García (Residente en Medicina Conductual)

Tomar decisiones

1. Identifica como lo ves
   - Positivo (reto o aprendizaje)
   - Negativo (Difícil o imposible)



2. Vamos a definir



¿Qué pasa? (Escribir el hecho)
¿Cómo pasa? (siento, pienso, hago)
¿Dónde pasa? (Lugar específico)
¿Cuándo pasa? (hora, día, mes)
¿Quiénes están involucrados? (personas que tienen ese problema)



Generamos opciones
-sin juzgar
-muchas
-diversas maneras

4. Hagamos un balance
   - Ventajas (para mí o los otro)
   - Desventajas (para mí o los otro)



Terapeuta: Dulce V.Santiago García (Residente en Medicina Conductual)

5. Vamos a aplicar la solución

Paso a paso
Verificar como salió para
a) **Volver al paso 1**
b) **QUE APRENDÍ**



Recuerda que es una **HABILIDAD**

Requiere práctica constante

Terapeuta: Dulce V.Santiago García (Residente en Medicina Conductual)

Recuerda que un malestar nos peocupará cuando…



Terapeuta: Dulce V.Santiago García (Residente en Medicina Conductual)

¿Hay algún aspecto importante por agregar?



Terapeuta: Dulce V.Santiago García (Residente en Medicina Conductual)

Anexo 32. Resultados por caso

Caso 1.

Paciente masculino de 27 años en unión libre, hijo menor de tres hermanos, con orientación sexual definida por sí mismo como homosexual, estudiante del cuarto y último semestre de la Maestría en Ciencias de la Sostenibilidad, quien vivía con su pareja actual desde hace tres años. No fue canalizado de ninguna Institución, había tenido dos tratamientos psicológicos que dejó incompletos por la percepción de no avance y más de ocho especialistas considerando médicos generales, gastroenterólogos y urólogos. Cuenta con un diagnóstico médico de Síndrome de Intestino Irritable en 2016 (período máximo de duración con un especialista y tratamiento de un mes) y Ansiedad con tratamiento farmacológico abandonado tras 2 semanas de tomarlo y en 2017 llevó tratamiento para Virus de Papiloma Humano hasta la penúltima sesión por mejorías no acudió a la última consulta.

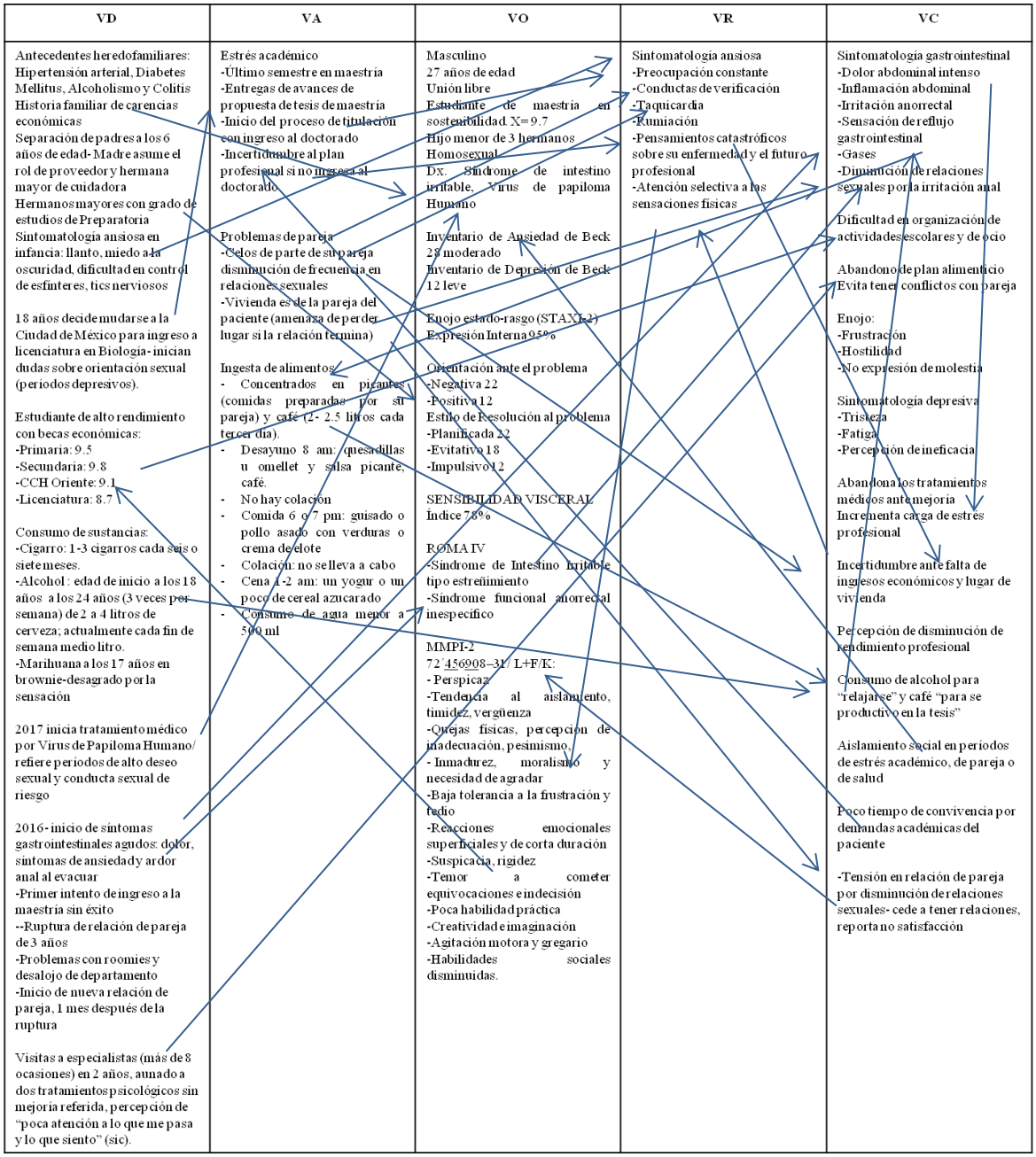
Mapa Clínico de Patogénesis

La figura 36 muestra la formulación del caso del paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "Preocupación constante, conducta de verificación, taquicardia, rumiación, pensamientos catastróficos sobre mi enfermedad y su futuro profesional, así como atención selectiva a las sensaciones físicas (abdominales)" (sic. pac.).

Esto le generaba la exacerbación de síntomas gastrointestinales como el dolor abdominal intenso, inflamación abdominal, irritación anorrectal, sensación de reflujo y gases. Además de dificultad en la organización de actividades escolares y abandono del plan alimenticio, así como la evitación de conflictos al quedarse callado, enojo y sintomatología depresiva: tristeza, fatiga y percepción de ineficacia, esto exacerbaba la incertidumbre ante la falta de ingresos económicos y un lugar de vivienda propio además de aislamiento social y la tensión en la relación de pareja por los problemas sexuales del paciente (dolor anorrectal).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que el paciente presentaba como eventos antecedentes al malestar, el estrés académico al estar cursando el último semestre de la maestría, entregas de avances de propuesta de la tesis y encontrarse con una incertidumbre al plan profesional por estar en trámites de ingreso al doctorado y problemas de pareja como celos de parte de su pareja y amenazas de perder el lugar de vivienda si la relación termina. Así como la ingesta de alimentos concentrados en picantes y café para incrementar su productividad, así como ausencia de colaciones y poco consumo de agua natural.

Figura 36. Mapa de Patogénesis del caso uno, atendido en el protocolo.



Adicionalmente el paciente reportó antecedentes heredofamiliares de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Alcoholismo y Colitis y eventos estresores vitales como una historia familiar de carencias económicas, separación de los padres a los seis años y con ello el cambio de roles en la familia nuclear y altos niveles de ansiedad en la infancia como llanto, miedo a la oscuridad, dificultad en el control de esfínteres y tics nerviosos. Otro evento importante es la mudanza de su casa de su madre y hermanos a la Ciudad de México al ingresar a la Licenciatura en Biología además de variable en la

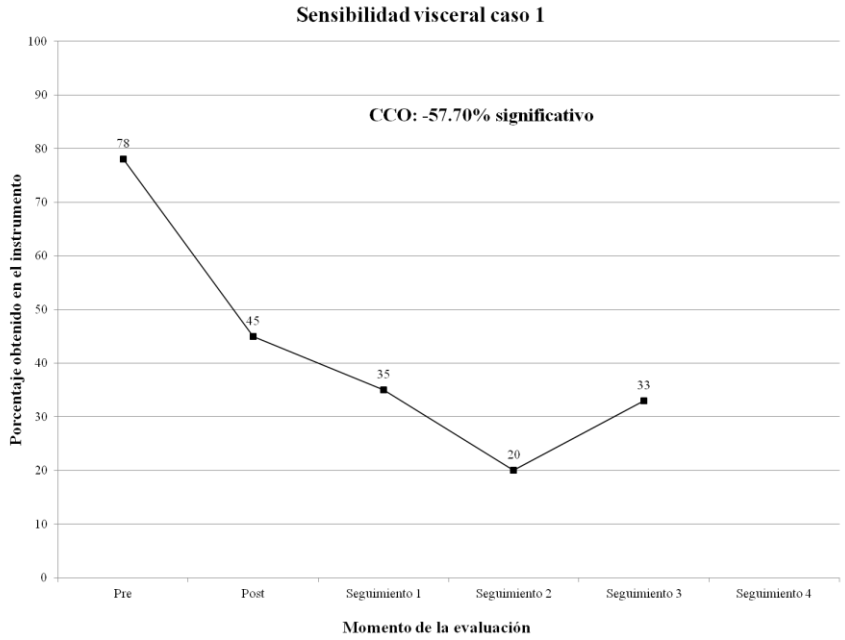
historia de consumo de sustancias de tabaco, alcohol y marihuana en años previos ante la presión por "tener un buen rendimiento académico" (sic. pac.).

Sensibilidad visceral

El paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 78% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas al momento de la escritura de su anteproyecto para egresar de la maestría y de ingreso al doctorado aunado a las dificultades en mantener relaciones sexuales con su pareja por la irritación anorrectal referida que generaba discusiones constantes y enojo (figura 37).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 45%, cuya disminución continuó en el primer seguimiento al mes con un 35%, al segundo seguimiento a los tres meses con un 20%. En el seguimiento de los tres meses refirió no poder realizarlo por encontrarse fuera de la ciudad y pidió se le contactara al próximo seguimiento (que se registró en él como el tercero) a los seis meses tras su egreso, en que el porcentaje aumentó a 33% en que a pesar del incrementó no fue igual a los valores pre y post tratamiento sino inferior y la razón de dicho aumento fue las fechas académicas cercanas a la presentación de avances de tesis de doctorado ante su comité tutoral.

Figura 37. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso uno)



Tal como se muestra en la figura, el cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se

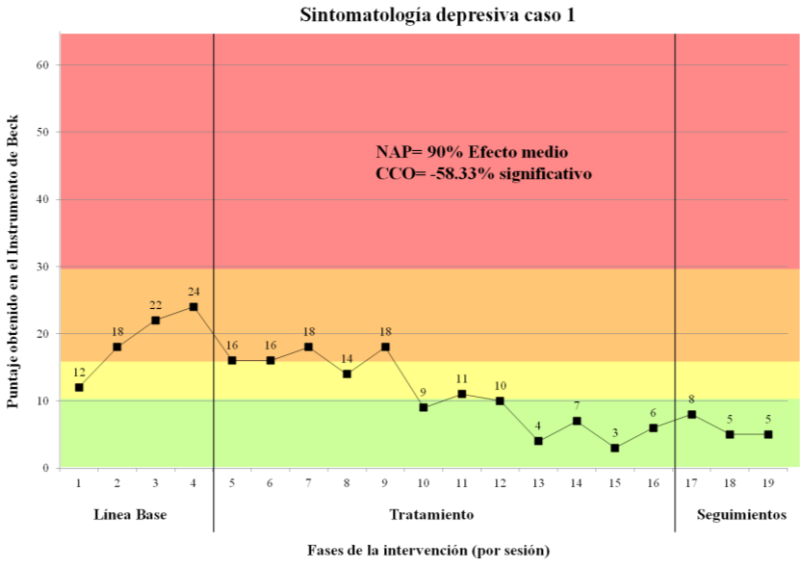
disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -57.70%.

Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel leve-moderado de sintomatología depresiva entre doce a veinticuatro puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta logró disminuir en la sesión dieciséis a seis puntos que representa un nivel mínimo. Durante los seguimientos se mantuvo en dicho nivel mínimo a pesar de referir estrés académico por su elaboración de proyecto del doctorado "sin embargo este no me incapacita no con la tristeza ni una emoción negativa, sino que me impulsa a pensar qué es lo que hay que resolver si justo es real o me estoy adelantando" (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-dieciséis), la semana siete, nueve, once y doce los puntajes de síntomas depresivos se elevaron por situaciones como los problemas de pareja, trámites administrativos y preparación de materiales para la exposición del proyecto por el cual se titularía de la maestría e ingresaría al doctorado, cuyos eventos el paciente describió al inicio como "aterradores" (sic. pac.), mostraron un incremento en las puntuaciones de otras sesiones y dos de ellas mostraron un empate o solapamiento (empeoramiento) respecto a la línea base sin embargo no se mantuvieron en niveles similares a las puntuaciones iniciales como se muestra en la figura 38.

Figura 38. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 1)



Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 90% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -58.33%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances. Durante las sesiones el

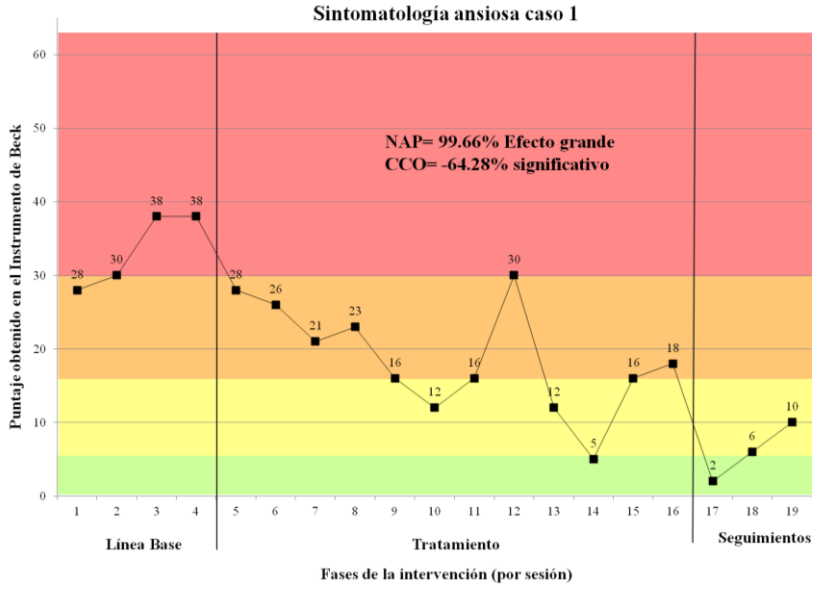
paciente refirió como motivos adicionales a la disminución de su sintomatología depresiva la facilidad en recobrar su vida sexual de forma satisfactoria, la expresión de dudas con su pareja y "sentirme realmente como una persona que realmente tiene una condición crónica y no que soy un mentiroso o achacoso como me decían, al menos me hace saber qué puedo hacer algo con esto que si tiene nombre como la ansiedad y lo del intestino irritable" (sic).

Sintomatología ansiosa.

El paciente ingresó con puntuaciones moderadas-severas en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión ocho, doce, quince y dieciséis en que presentó su proyecto ante el comité y al egresar del tratamiento en dicha semana se tituló de la maestría e ingresó al doctorado por lo cual los puntajes incrementaron en dichas sesiones además de la presencia de síntomas gastrointestinales percibidos con menor intensidad que al inicio del tratamiento.

El paciente tras el tratamiento se fue con un nivel leve-moderado de sintomatología ansiosa (figura 39) y en los seguimientos fue de mínimo-leve con un tiempo máximo de seis meses después de la intervención. Se obtiene un tamaño de efecto grande con el 99.66% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -64.28% de reducción de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

Figura 39. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 1)



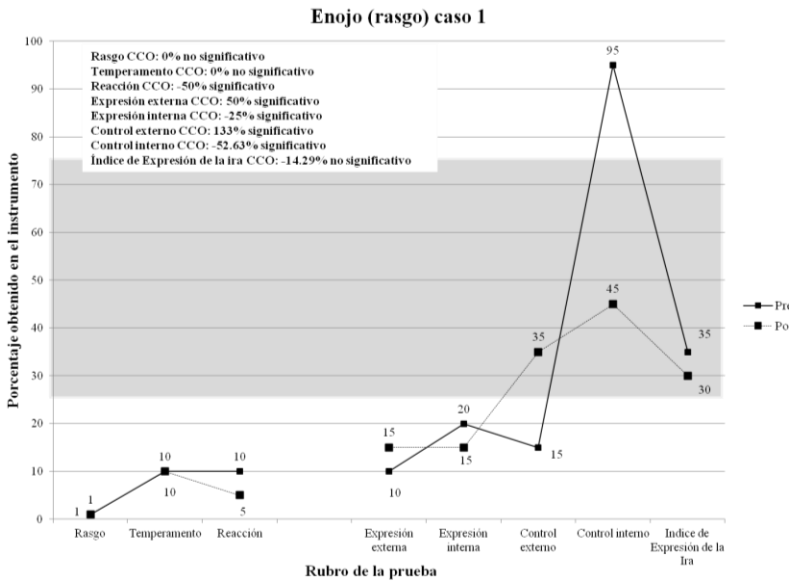
Enojo.

Respecto al manejo del enojo se encontró que el paciente mejoró en la reducción (CCO: -50%) de la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros), control interno que estaba en un nivel elevado (CCO: 95%) que conlleva a la pasividad o dependencia ante los conflictos a un nivel más funcional de regular o equilibrar estos recursos para regular y expresar y/o resolver no para contener. Aunque también se disminuyó el índice general de la ira, este no fue significativo dado que este requiere de mayor práctica de las estrategias de detención del pensamiento y asertividad entrenados dentro del modelo de solución de problemas (CCO: -14.29%).

Por otra parte, como se ve en la figura 40, no hubo cambios clínicos significativos en el rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración), en el temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) ya que los centiles iniciales se encontraban bajos con pocas opciones de que este disminuyera aún más. La escala que mostró una ligera pero significativa disminución fue la de expresión interna (esfuerzos desgastantes por no quedarse callado y no decir nada en situaciones de enojo) lo cual se relaciona con el entrenamiento del paciente en asertividad.

En cuanto a las escalas de Expresión externa y control eterno los índices son significativos, sin embargo, son positivos dado que se espera poder fortalecer al paciente en expresar su enojo y el uso de estrategias de autocontrol sin que estas se vuelvas excesos o déficits conductuales por ello estos incrementos con correspondientes a las escalas previamente mencionadas (ver figura 40).

Figura 40. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 1)

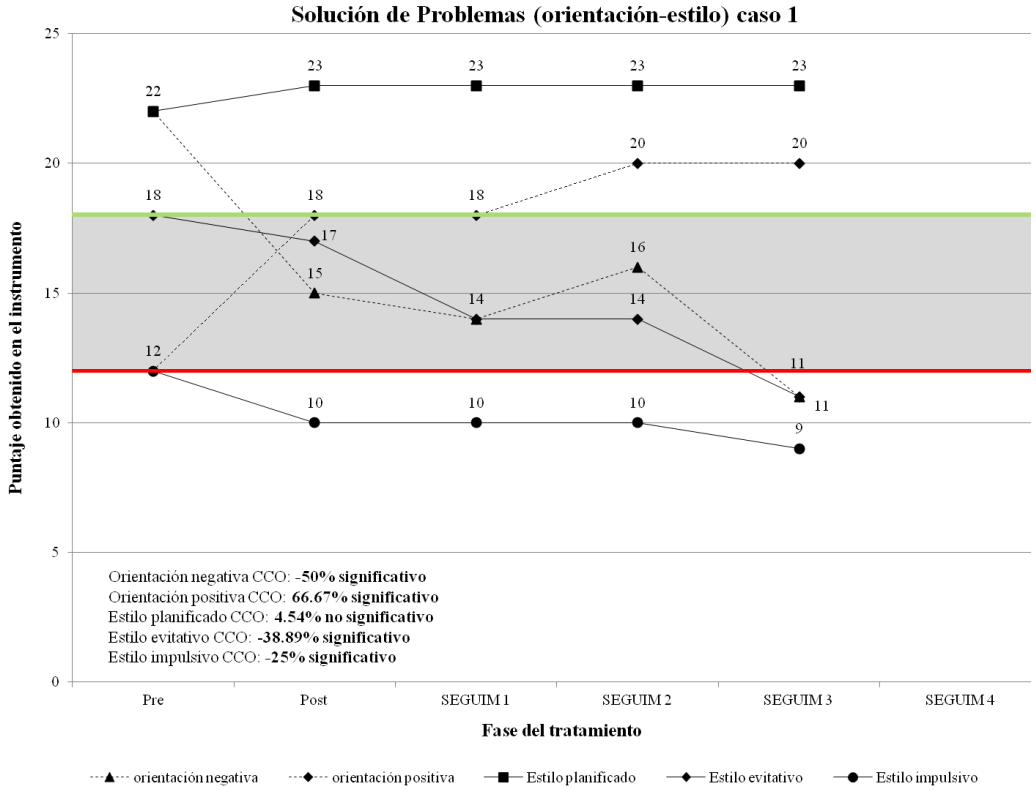


Solución de problemas.

El paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto), mostró una mayor orientación negativa o poco funcional la cual pasó de veintidós puntos a once en el último seguimiento tras seis meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -50%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con doce puntos y finalizar con veinte puntos y con un índice clínico significativo positivo al ser más frecuente en ejecución del 66.67%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de doce a nueve puntos y un índice de cambio negativo significativo del -25% así como en el estilo evitativo pasando de dieciocho a once puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -38.89%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo no significativo de 4.54% dado que el paciente ingresó con veintidós puntos e incrementando a veintitrés puntos en que no es posible una mejoría mayor, sin embargo, en la ejecución de los pasos el paciente cumplió más del 80% de ejecución de esta habilidad (figura 41).

Figura 41. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 1)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas el paciente registro como alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados además en la revisión se descartó el cambio a diarrea o mayor consistencia acuosa en las heces. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como el dolor abdominal, el estreñimiento y la ansiedad hacia dichos síntomas en que refirió "creo que noto que están los malestares estomacales o de preocupación pero definitivamente ya no me paran sino que busco que fue si el estrés o algo que comí o que estoy dejando de tomar agua y ya lo veo como ese pitido para retomar el camino y sentirme mejor y como funciona de verdad siento que puedo ser capaz de hacer algo por mí en esas situaciones" (sic. pac.).

Otros de los síntomas con mayor variabilidad fue la inflamación y los gases y para ello se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes para poder recibir un plan acorde a sus necesidades.

En los síntomas registrados en los diarios, los cinco mostraron un tamaño de efecto grande y un índice de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 42 y 43).

Figura 42. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 1)

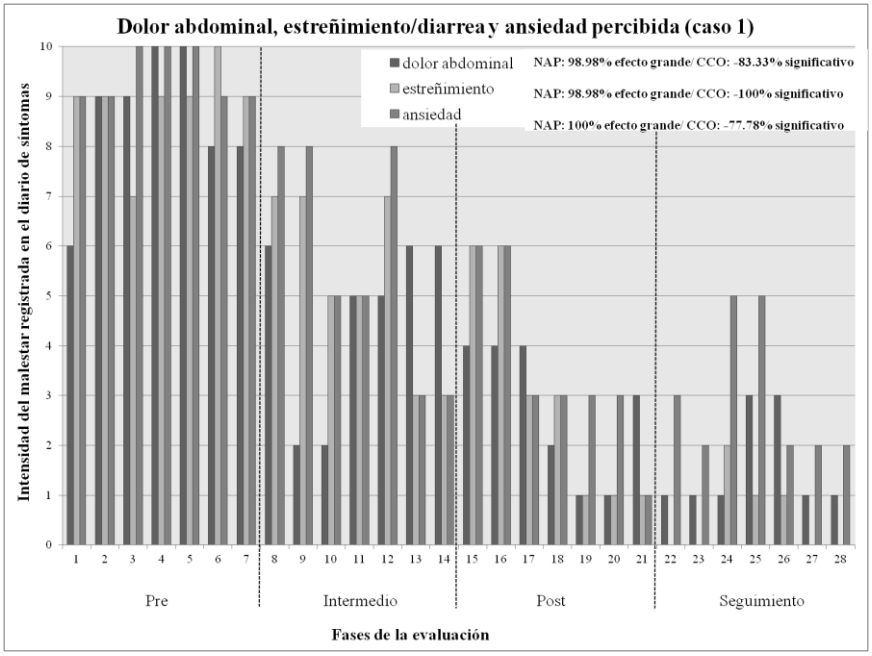
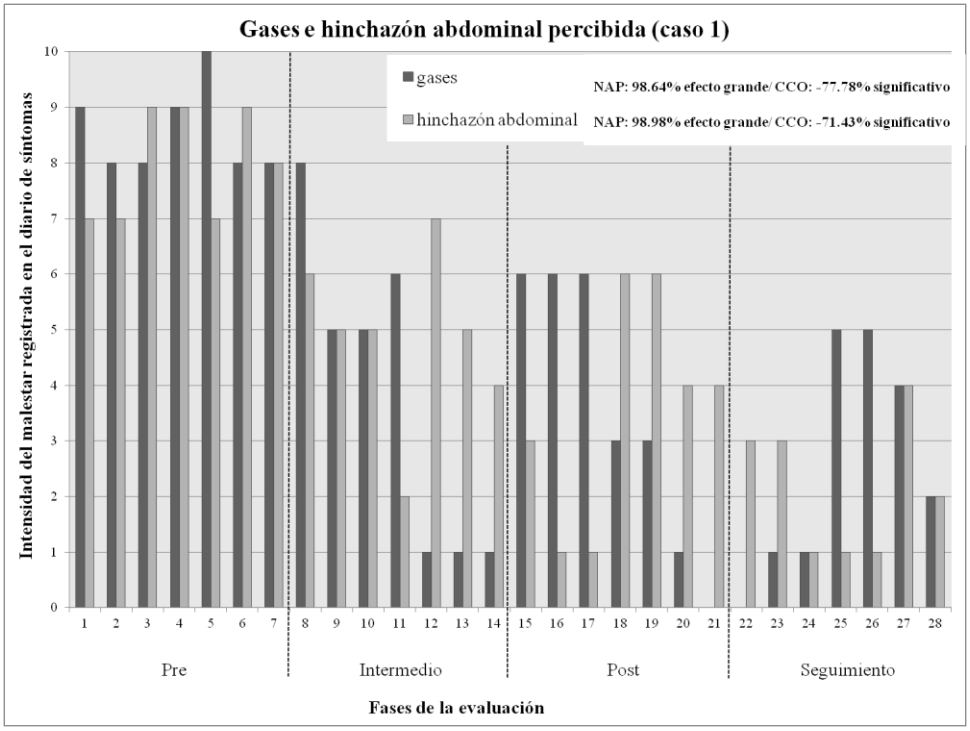


Figura 43. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 1)

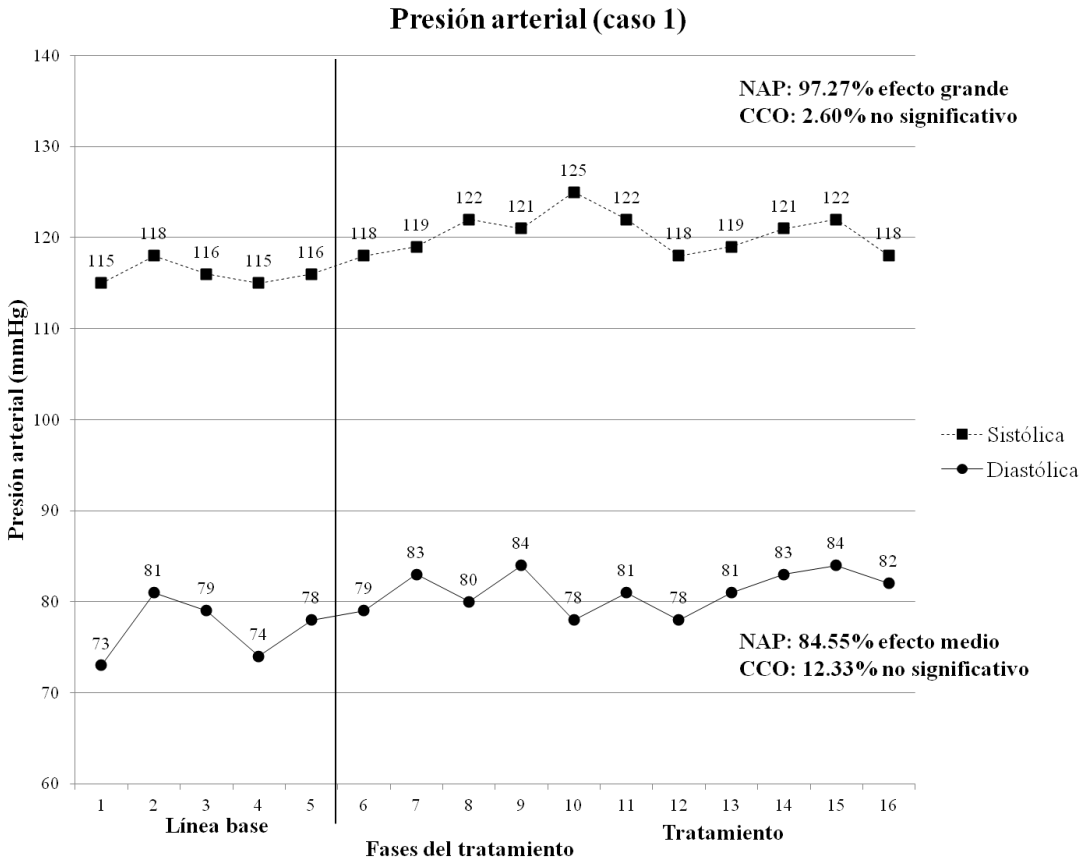


Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores menores a 120 mmHg en la presión sistólica así como menores de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar e incrementar estos valores al modificar sus horarios de sueño, consumo de cafeína en las noches y las comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa y depresiva ante el dolor abdominal.

Como se puede ver en la figura 44, los efectos fueron grandes en la presión sistólica y medios en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, sin embargo ambos valores muestran un incremento y estabilidad en las mediciones pero estos a pesar de ser positivos son no significativos dado que los valores de este parámetro fisiológico cumple con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efecto adversos en la salud, por ello estos no se pueden incrementar de forma indiscriminada.

Figura 44. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 1)

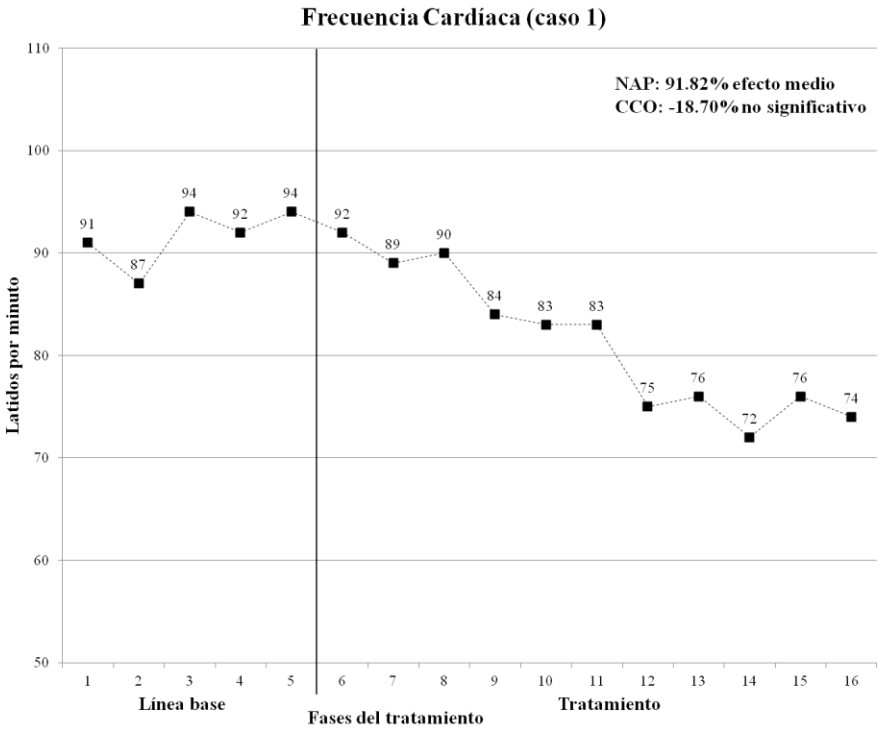


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre noventa y dos a noventa y cuatro y concluyó en setenta y cuatro pulsaciones por minuto, el auto reporte del paciente fue "ya no siento o bueno, escucho a mi corazón tan fuerte como cuando me preocupaba y me sentía como latía, la verdad si me siento súper tranquilo y es algo que uno olvida" (sic. pac.).

Se obtuvo un tamaño de efecto medio y un índice de cambio clínico no significativo negativo dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado (figura 45).

Figura 45. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 1)

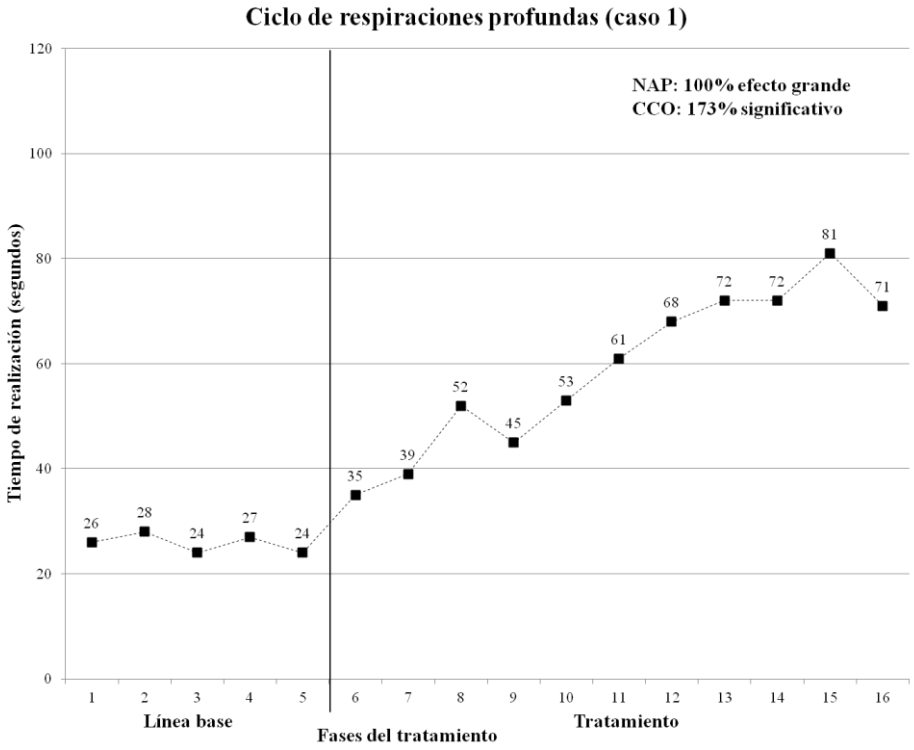


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento de yoga y actividades de respiración en sus tratamiento psicológicos previos , al realizar la toma de tiempo, se registró un máximo de veintiocho segundos, en promedio 3.5 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de “es que siempre me siento que me falta el aire incluso sentado cuando pienso en todos mis problemas o si de verdad quiero el doctorado” (sic).

Esta medida fisiológica obtuvo un tamaño de efecto grande con 100% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 173% (figura 46), llegando a ejecuciones de ochenta y un segundos con un tiempo promedio de 10.1 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carné de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 46. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 1)

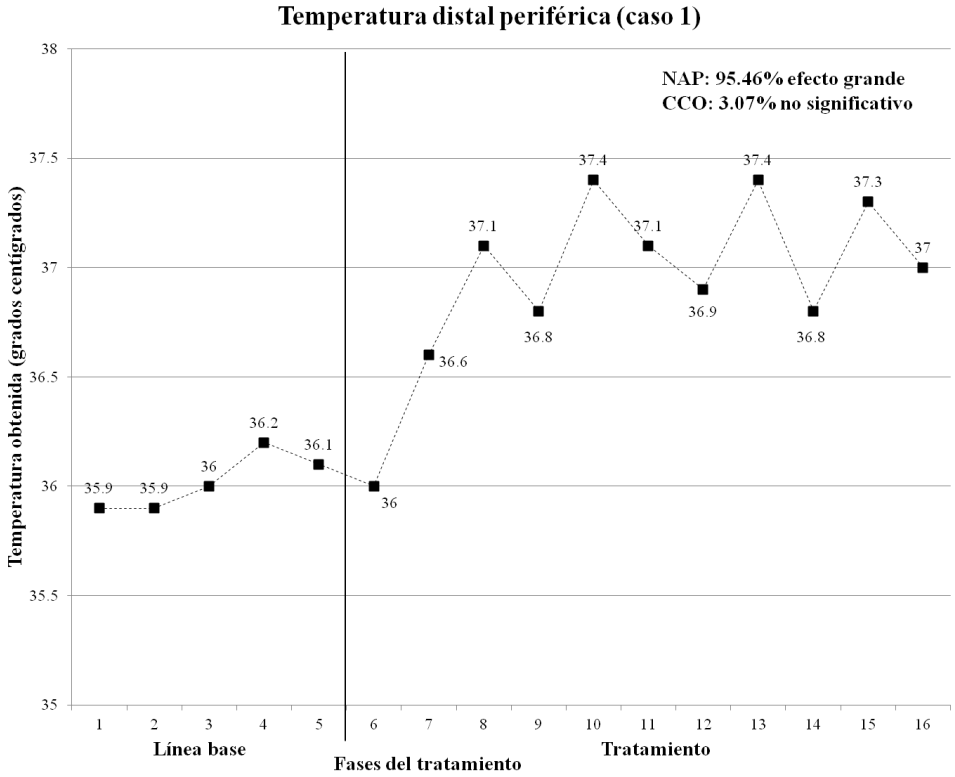


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.9 a 36.1° centígrados y el auto reporte de "me tiemblan mucho las manos y me sudan, parece que me acabo de lavar además siempre tengo frías las manos" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.4° centígrados el cual se mantuvo con disminuciones en los tiempos de ejecución pero sólo el primero de la fase de tratamiento en que ocurrió la Psicoeducación mostró un puntaje igual a los de las tomas iniciales, sin embargo el resto de las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con 95.46% pero un índice clínico objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue positiva de 3.07% (ver figura 47).

Figura 47. Temperatura distal periférica en grados centígrados a lo largo del tratamiento (caso 1)



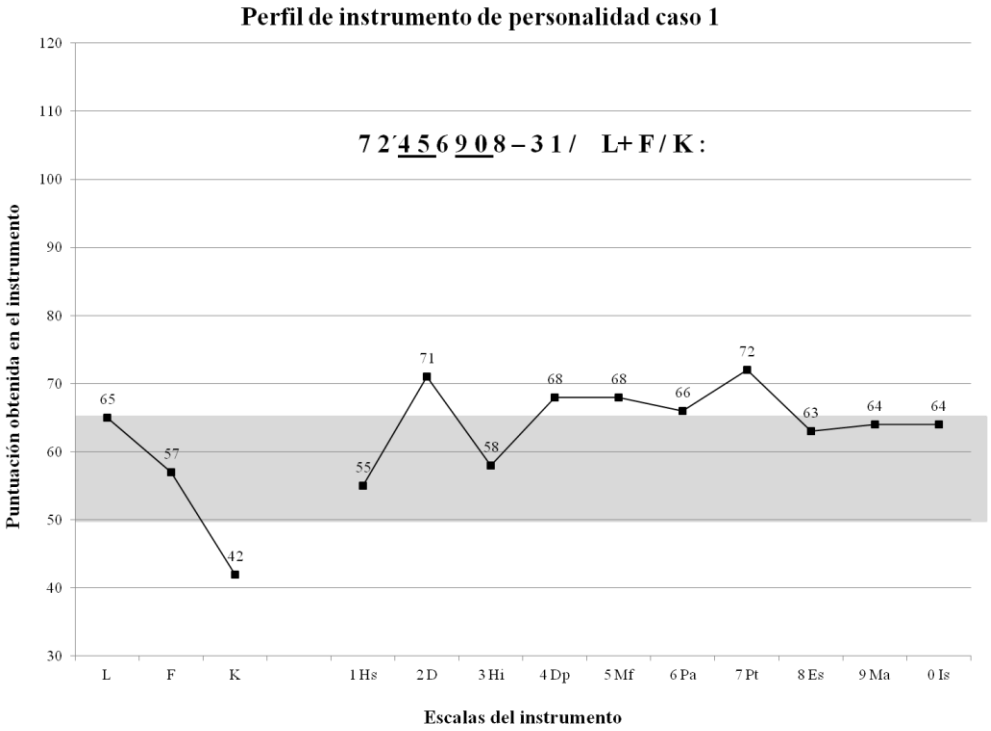
Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 48, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son con alteraciones en el estado de ánimo como depresión, ansiedad y tensión. Los pacientes expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso, una tendencia a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran. Reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de “fatalidad catastrófica” y presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento. Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser moralistas y tener expectativas altas y poco realistas acerca de si mismos que acentúan la indecisión y los sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos.

Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás. En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales, necesidad de agradar, inseguridad, baja tolerancia a la frustración y tedio, hostil, reacciones emocionales superficiales y de corta duración, desplazamiento de la culpa, hostilidad, suspicacia, rigidez. En general tienen una elevada motivación para la psicoterapia y están propensos a permanecer en ella por largo tiempo. Los individuos con este patrón tienden a mostrar una mejoría considerable en terapia.

Figura 48. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 1)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio

El paciente ingresó al doctorado al que se postuló recibiendo retroalimentación con su comité con observaciones relacionadas a su buen manejo de tiempos al hablar, su actitud de tranquilidad y sus estrategias de persuasión lo cual el paciente señaló como “a veces detenerte a respirar y a atenderte te hace dar cuenta que justo eso es lo que hace que tenga mejor pila para enfrentar lo que venga, soy capaz y hace mucho no me sentía así” (sic. pac.).

Además de ello el paciente se instaló con su médico gastroenterólogo privado y se mantuvo con él desde la semana siete a la dieciséis de tratamiento y los seguimientos de seis meses posteriores, quien previamente prescribió Sertralina la cual el paciente abandonó tras dos semanas de toma, sin embargo en la consulta a la que acudió durante el protocolo psicológico el médico tratante indicó esperar un mes al funcionamiento del paciente con la terapia psicológica y tras su evaluación descartó la necesidad de dar medicamento ansiolítico o antidepresivo.

Otro tratamiento que se retomó fue el chequeo del estado del Virus de Papiloma Humano y el uso de los medicamentos orales y tópicos.

Disminuyó la frecuencia de peleas verbales con la pareja de 3 a 4 por semana a 2 o 3 por mes en promedio, en que se modificó la topografía de dichas peleas en lugar de gritos se implementaron acuerdos, uso de asertividad y tiempo fuera en el paciente y la pareja, lo cual fue corroborado en el seguimiento con la pareja del paciente quien refirió "me sorprende porque de verdad ya nuestra relación mejoró mucho, aún tenemos desacuerdo pero por fin parecemos ya adultos y no dos chamacos peleando, me siento más tranquilo además mejoró nuestra vida sexual" (sic. pac.).

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Algunos rubros del manejo del enojo se mantuvieron igual tras la intervención por lo cual se enfatizó como un aspecto importante a monitorear o trabajar en psicoterapia externa posteriormente, al igual que el poder contar con su propia vivienda o fuente de ingreso laboral-profesional a parte de sus ingresos por la beca académica.

Ante estos puntos se elaboró con el paciente el avance que logramos el listado de aspectos que son importantes a ejecutar y/o solicitar apoyo profesional, sin embargo, tras el último seguimiento a los seis meses el paciente refirió no contemplar necesario instalarse en psicoterapia.

Caso 2.

Paciente masculino de 18 años soltero, hijo único, con orientación sexual definida por sí mismo como heterosexual, estudiante del segundo semestre de la Licenciatura en Filosofía en la Facultad de Filosofía y Letras del campus de Ciudad Universitaria, UNAM. Vivía con tres romíes desde los quince años. No fue canalizado de ninguna Institución, no había tenido tratamientos psicológicos y contaba con un expediente de servicio en el Hospital General de México con un médico gastroenterólogo tratante sin embargo presentaba falta de adherencia al tratamiento farmacológico y a sus consultas programadas, así como al seguimiento del plan alimenticio. Cuenta con un diagnóstico médico de Síndrome de Intestino Irritable en 2015 a los quince años y al ingresar al protocolo se encontraba en estudios de laboratorio para descartar Anemia, la cual fue descartada tres semanas después de estar en el protocolo de tratamiento psicológico.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 49 muestra la formulación del caso del paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como "problemas de concentración, fatiga, irritabilidad, alteración del sueño (con un incremento en el cansancio), tristeza, dificultad en poner atención a las clases, alteración de la memoria, llanto frecuente y pienso que nada me sale" (sic. pac.).

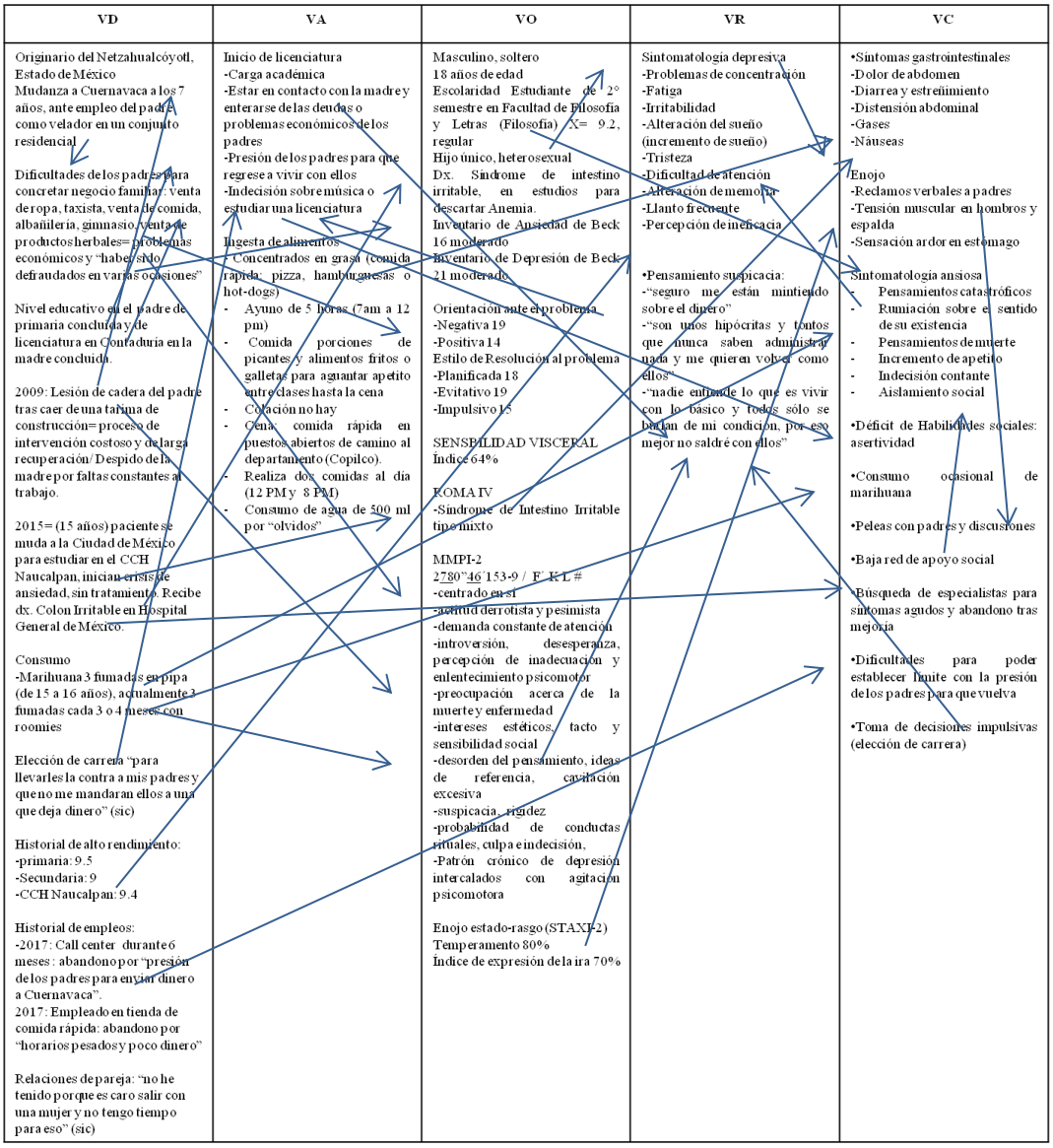
Aunado a pensamientos de suspicacia con ejemplos como "seguro me están mintiendo sobre el dinero (refiriéndose a sus padres), son unos hipócritas que nunca saben administrar nada y me quieren ver volver con ellos, nadie entiende lo que es vivir con lo básico y sólo se burlan de mi condición, por eso mejor no salgo con ellos" (sic), haciendo referencia a su situación económica.

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que el paciente presentaba como eventos antecedentes ante el inicio de la licenciatura con la carga académica, el estar en contacto con la madre y enterarse de las deudas económicas o problemas (diariamente), la presión de los padres para que regrese a vivir con ellos a Cuernavaca y la indecisión sobre la carrera de música o continuar estudiando filosofía además la ingesta de alimentos concentrados en grasas, ayunos mayores a cinco horas, consumo de alimentos picantes o frituras y galletas y una sola comida en la noche además de un consumo de agua menor a medio litro.

Esto le generaba la exacerbación de los síntomas gastrointestinales como el dolor del abdomen del lado izquierdo, diarrea y estreñimiento, gases y náuseas además de enojo (al presentar reclamos verbales a sus padres), tensión muscular en los hombros y espalda y una sensación de ardor en el

estómago seguido de sintomatología ansiosa caracterizado por pensamientos catastróficos, rumiación sobre el sentido de su existencia, pensamientos de muerte, incremento de apetito, indecisión constante y aislamiento social que le llevan a la déficit en habilidades sociales sobre todo en la asertividad y consumo ocasional de marihuana cada tres o cuatro meses con su romíes además de discusiones con sus padres, una baja red de apoyo así como búsqueda de especialistas o de páginas en internet para el tratamiento de sus síntomas (pero no consultó a ninguno de los especialistas que buscaba en línea), abandono de los fármacos tras mejoría, dificultades para poder establecer límites con la presión ejercida por parte de los padres y una toma de decisiones impulsiva como la elección de carrera que conlleva a una incertidumbre profesional y personal.

Figura 49. Mapa de Patogénesis del caso dos, atendido en el protocolo.



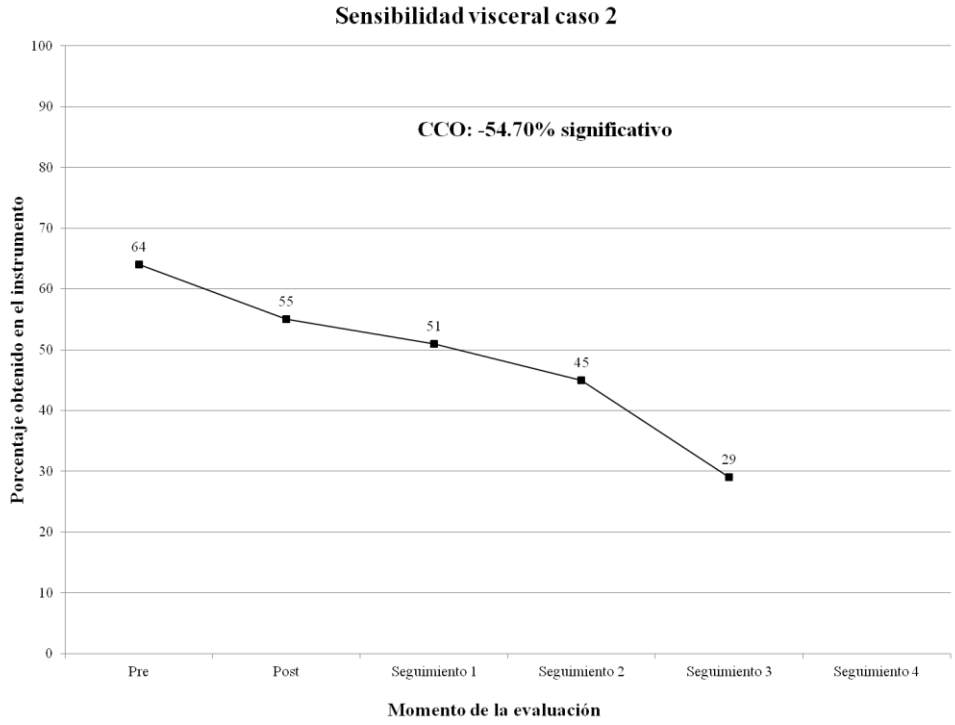
Menciona como hechos en su historia de vida el ser originario de Nezahualcóyotl, Estado de México y mudarse a Cuernavaca a los 7 años debido al empleo del padre como velador de un conjunto residencial, cuyo momento lo identifica como el inicio de las dificultades económicas por parte de los padres por no concretar un negocio familiar: ventas de ropa, ser taxista, venta de comida, albañilería, gimnasio, venta de productos herbales y haber sido defraudados económicamente en dos ocasiones por parte de sus contadores o socios. Otro aspecto importante fue la lesión de cadera de su padre e 2019 al caer de una tarima en construcción que incrementa los gastos económicos y en ahorros. Añadió el consumo de marihuana desde los 15-16 años en promedio 3 o 4 veces al año, un historial de alto rendimiento académico con promedios de 9 a 9.5 y la elección de carrera para llevarle la contra sus padres así como un historial de empleo en que menciona abandonarlos al no percibirse lo suficientemente feliz o motivado así como la evitación de salir con amigos y mujeres con interés de pareja para evitar gastar según menciona "el salir con una mujer es caro y no tengo tiempo para eso" (sic. pac.).

Sensibilidad visceral.

El paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 64% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con su mudanza a la ciudad de México y el inicio de sus estudios universitarios en la Facultad además de las discusiones con los padres por los comentarios de estos últimos para que el paciente cancelara sus estudios y se mudara a Cuernavaca con ellos (figura 50).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 55%, cuya disminución continuó en el primer seguimiento al mes con un 51%, al segundo seguimiento a los tres meses con un 40%. En el seguimiento de los tres meses tras su egreso el porcentaje disminuyó a 29% tras continuar la toma de fármacos antidepresivos y el avance en su licenciatura, así como el apoyo de la familia, tras la sesión psicoeducativa que se tuvo con ellos para el entrenamiento en solución de problemas y asertividad para la relación con el paciente.

Figura 50. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso dos)



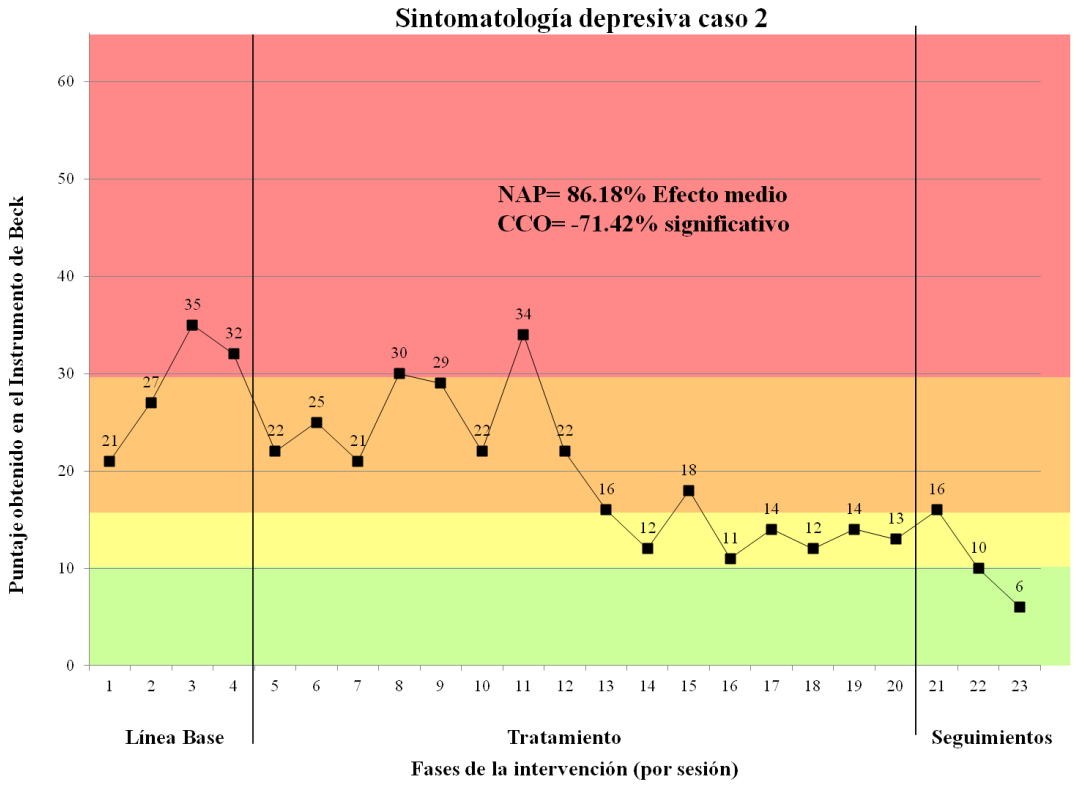
Tal como se muestra en la figura, el cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -54.70%.

Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel moderado-severo de sintomatología depresiva entre veintiuno a treinta y cinco puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta logró disminuir en la sesión veinte a trece puntos que representa un nivel leve. Durante los seguimientos se mantuvo en dicho nivel mínimo-leve refiriendo estrés académico por su elaboración de trabajos finales, ensayo y exposiciones “Es demasiado miedo el que tengo a no estar decidiendo bien y equivocarme” (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-veinte), la semana ocho, nueve, once y quince los puntajes de síntomas depresivos se elevaron por situaciones como la presentación de exámenes, trabajos finales, peleas entre su padres o días de asueto en cuyas fechas regresaba a Cuernavaca e incrementaba el estrés, se observó un incremento en las puntuaciones de otras sesiones y tres de ellas mostraron un solapamiento (empeoramiento) respecto a la línea base sin embargo no se mantuvieron en niveles constantes a la puntuaciones iniciales como se muestra en la figura 51.

Figura 51. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 2)



Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 86.18% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -71.42%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances. Durante las sesiones el paciente refirió como motivos adicionales a la disminución de su sintomatología depresiva como mayor concentración al momento de la lectura para tareas escolares, mayor energía en el día para incorporar actividades como tocar guitarra y regresar a su banda musical con compañeros, sensación de menor tristeza durante el día señalando "creo que es como tener no sólo el tiempo sino la fuerza de querer crecer y ya no ver todo tan gris, solo algunas veces pero si definitivamente no es como antes"

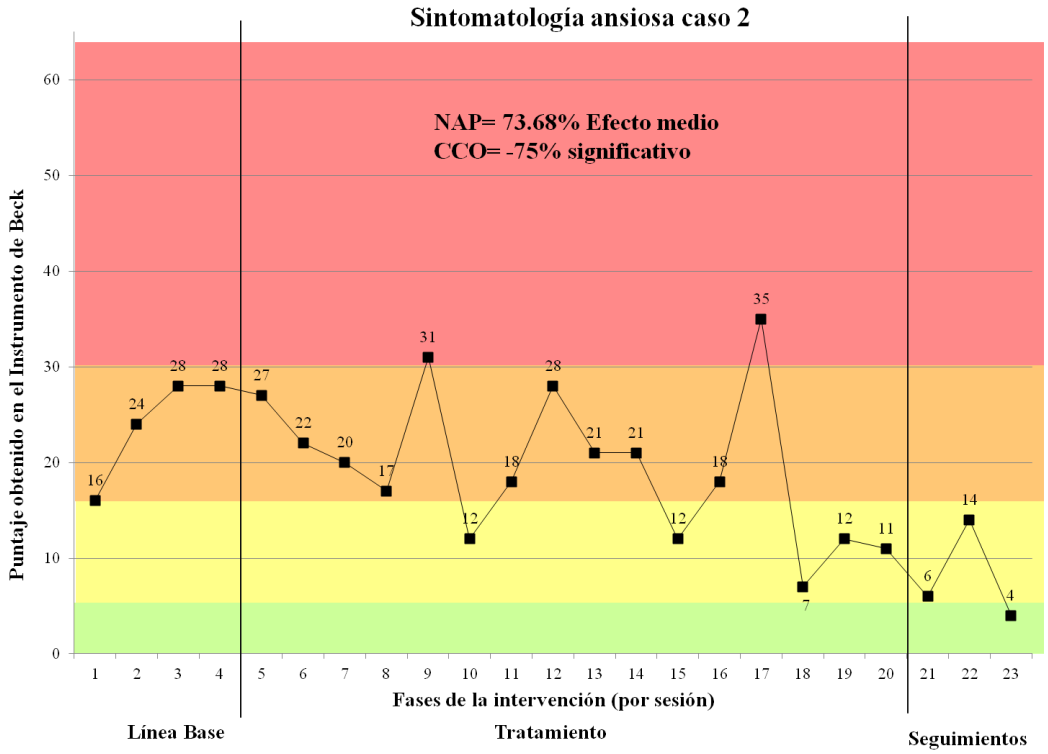
Es importante señalar que el médico gastroenterólogo prescribió como tratamiento Fluoxetina en la sesión dieciséis de tratamiento psicológico, a poco antes de terminar el protocolo para apoyar los cambios conductuales del paciente y la mejoría de los síntomas gastrointestinales.

Sintomatología ansiosa.

El paciente ingresó con puntuaciones moderada en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión nueve, doce y diecisiete por coincidir con períodos de exámenes o fechas de asueto académico que había elevado el malestar afectivo.

El paciente tras el tratamiento se fue con un nivel moderado en la sintomatología ansiosa (figura 52) y en los seguimientos fue de mínimo-leve con un tiempo máximo de tres meses después de la intervención ya que Se obtiene un tamaño de efecto grande con el 99.66% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -64.28% de reducción de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento

Figura 52. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 2)



Enojo.

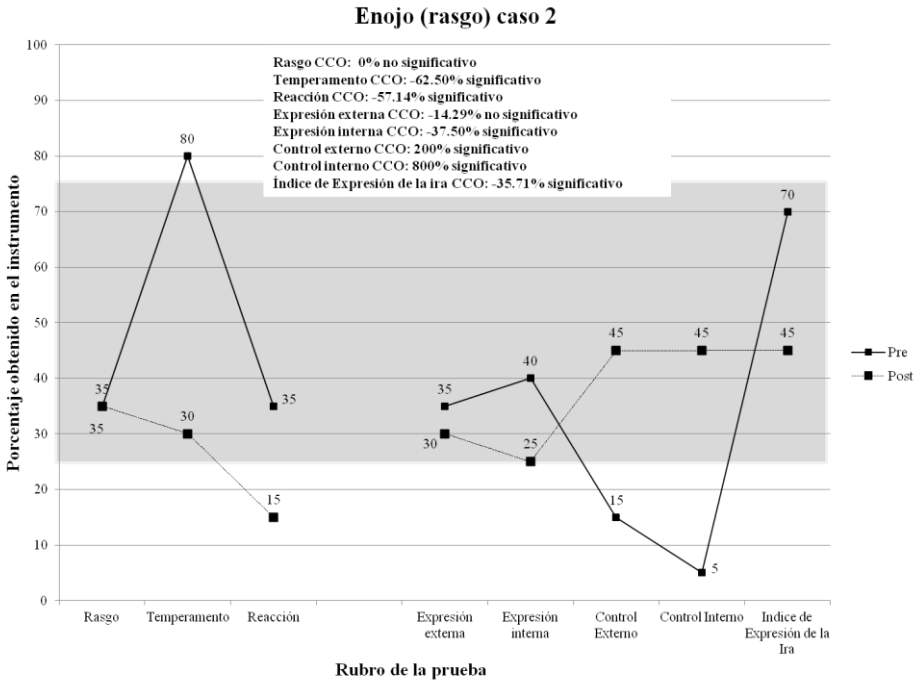
Respecto al manejo del enojo se encontró que el paciente mejoró en el rubro de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas), pasando del 80% al 30% y con un índice clínico significativo negativo del -62.50% así como en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) pasando del 35% al 15% con un índice clínico de cambio del -57.14% como se muestra en la figura 53, en cuanto al rubro del rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) se mantuvo igual en el pre y post tratamiento dado que el paciente refirió "aún me cuesta trabajo no sentir frustración cuando las cosas no me salen en la escuela aunque ya no es la misma forma que antes si me es complicado aún y sigo trabajando en ello" (sic).

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) pasó del 40% al 25% con un índice clínico significativo negativo del -37.50% con una mejoría en poder expresar su punto de vista y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) con una disminución del 35% al 30% y un índice clínico negativo del -14.29% pero no significativo porque la disminución en el puntaje fue de cinco puntos.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que incrementen posterior al tratamiento y se encontró un índice clínico positivo significativo en el control externo que pasó del 15% al 45% con un índice de cambio clínico de 200% y en el interno pasó del 5% al 45% con un índice clínico del 800% lo cual se relaciona con el entrenamiento del paciente en asertividad y estrategias de autocontrol ante el enojo en situaciones sociales y familiares.

Por último, se disminuyó el índice general de la ira mostró un índice clínico significativo negativo en que, ante la mejora en las estrategias de control y una disminución de expresión externa e interna, así como de los aspectos relacionados en el temperamento y en la reacción disminuyó los efectos negativos sociales y físicos ante la ira pasando del 70% pasando del 45% con un índice clínico negativo significativo del -35.71%.

Figura 53. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 2)

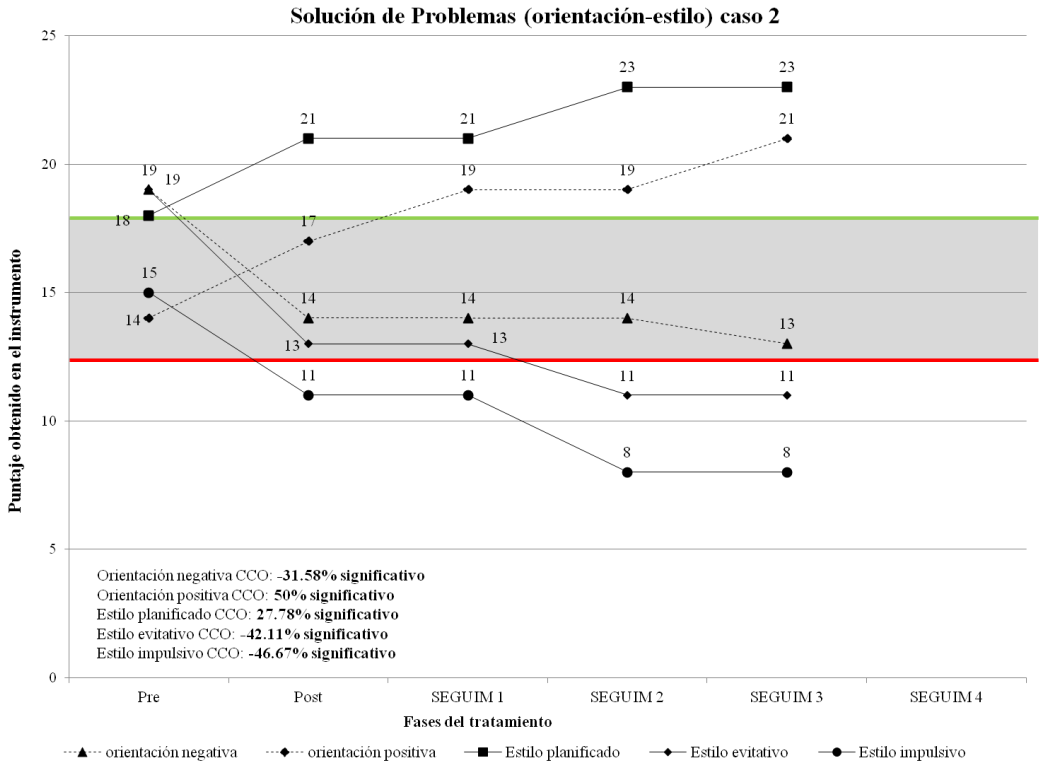


Solución de problemas.

El paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto), mostró una mayor orientación negativa o poco funcional la cual pasó de diecinueve puntos a trece en el último seguimiento tras tres meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -31.58%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con catorce puntos y finalizar con veintiún puntos y con un índice clínico significativo positivo al ser más frecuente en ejecución del 50%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de quince a ocho puntos y un índice de cambio negativo significativo del -46.6% así como en el estilo evitativo pasando de diecinueve a once puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -42.11%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo significativo de 27.78% dado que el paciente ingresó con dieciocho puntos e incrementando a veintitrés puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 54).

Figura 54. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 2)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas el paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento y la diarrea dado sus resultados. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como el dolor abdominal y la ansiedad más que con el malestar reportado por los cambios de hábito intestinal en que refirió "sentía el dolor en mi abdomen tan intenso que a veces en serio paralizante y no podía pensar en nada más y si me daba en la escuela eso me desconectaba de la clase, ahora me doy cuenta que sigue allí de forma intermitente pero ya puedo imaginarme porque pasa y qué puedo hacer para que baje o bien, para que no me interrumpa" (sic. pac.).

Otros de los síntomas con mayor variabilidad fueron los gases y para ello se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes para poder recibir un plan acorde a sus necesidades para lo cual se retomaron y aclararon dudas del plan alimenticio que recibió, así como de las preguntas a realizar con sus especialistas. El paciente logró identificar mayor cantidad de gases cuando "no desayuno y para la una o dos de la tarde que salgo de clases siento muchos gases o a veces también me pasa cuando como pastas o cosas con queso o con mucho condimento me siento como lleno y a la hora ya tengo mucho gas, sin embargo, mi nutrióloga

me explicó que esos factores alteran mi proceso digestivo o que hay que justo buscar las cantidades que si tolero y las que no" (sic).

En los síntomas registrados en los diarios, tres de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (hinchazón, ansiedad y la diarrea/ estreñimiento, mientras que el dolor abdominal y los gases mostraron un tamaño de efecto medio, sin embargo, para los cinco síntomas se obtuvo un índice de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 55 y 56).

Figura 55. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 2)

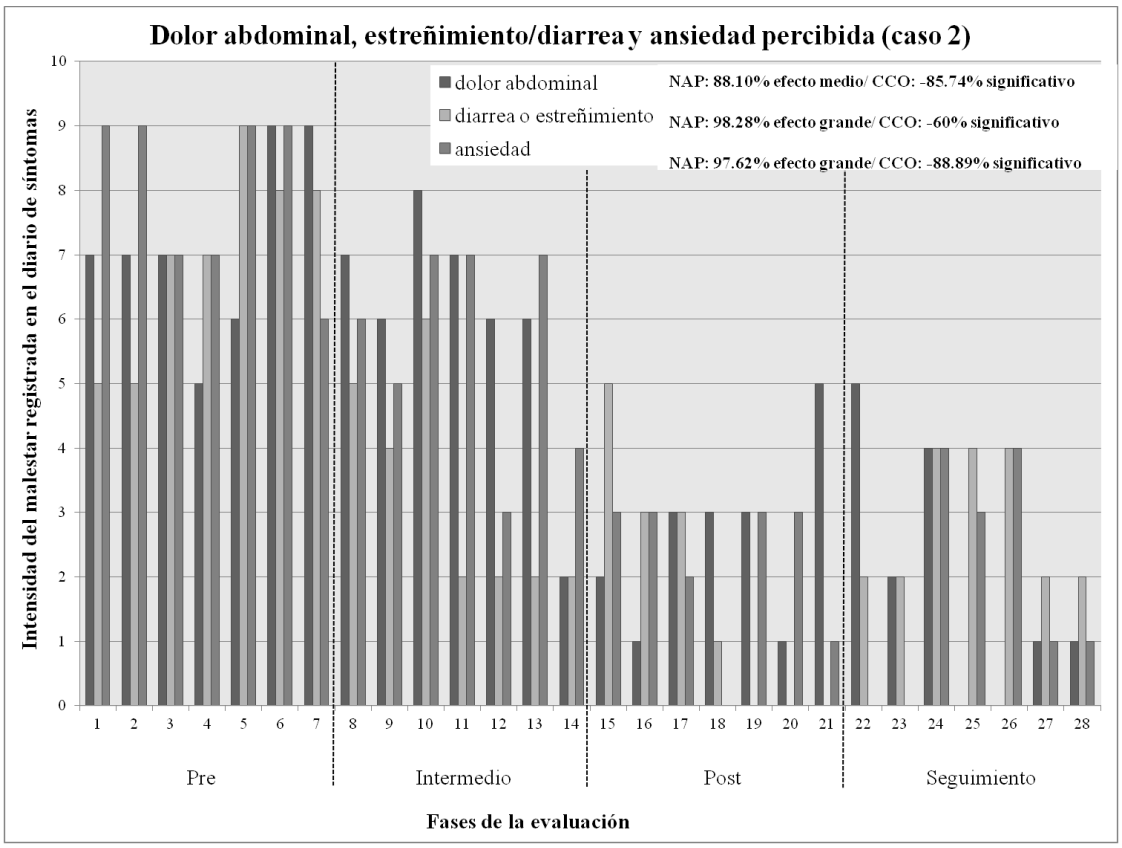
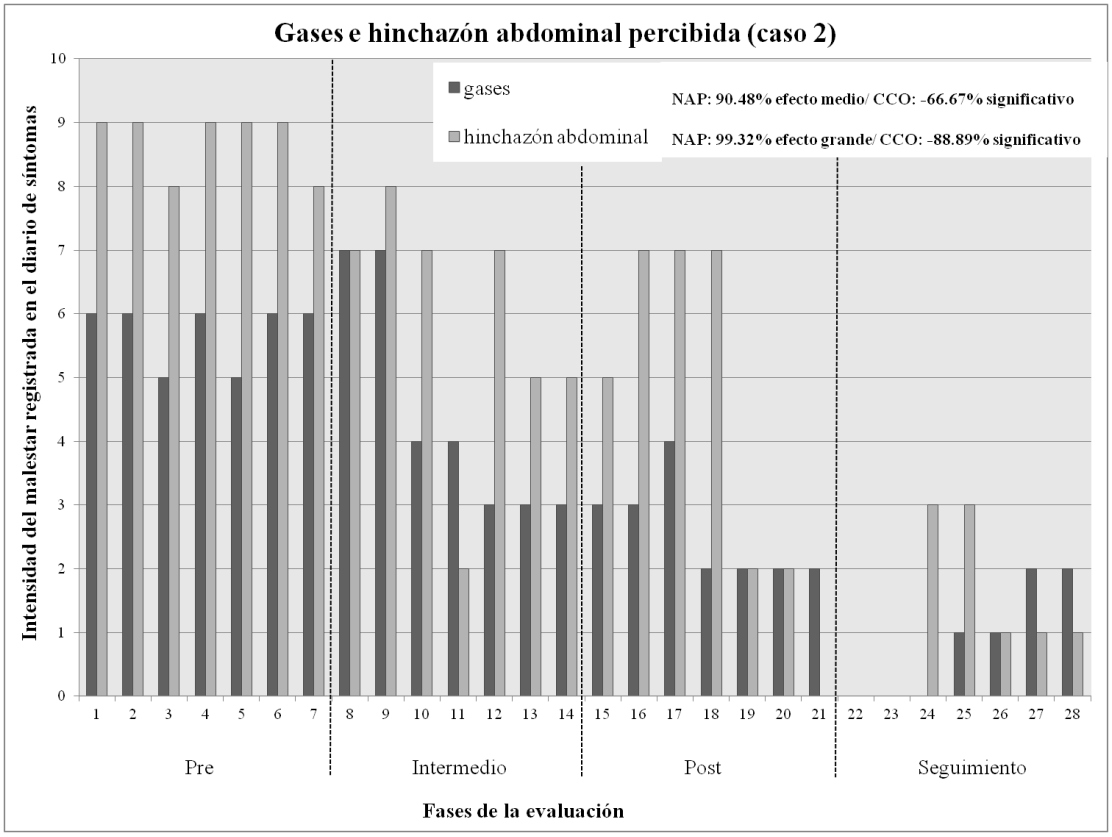


Figura 56. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 2)



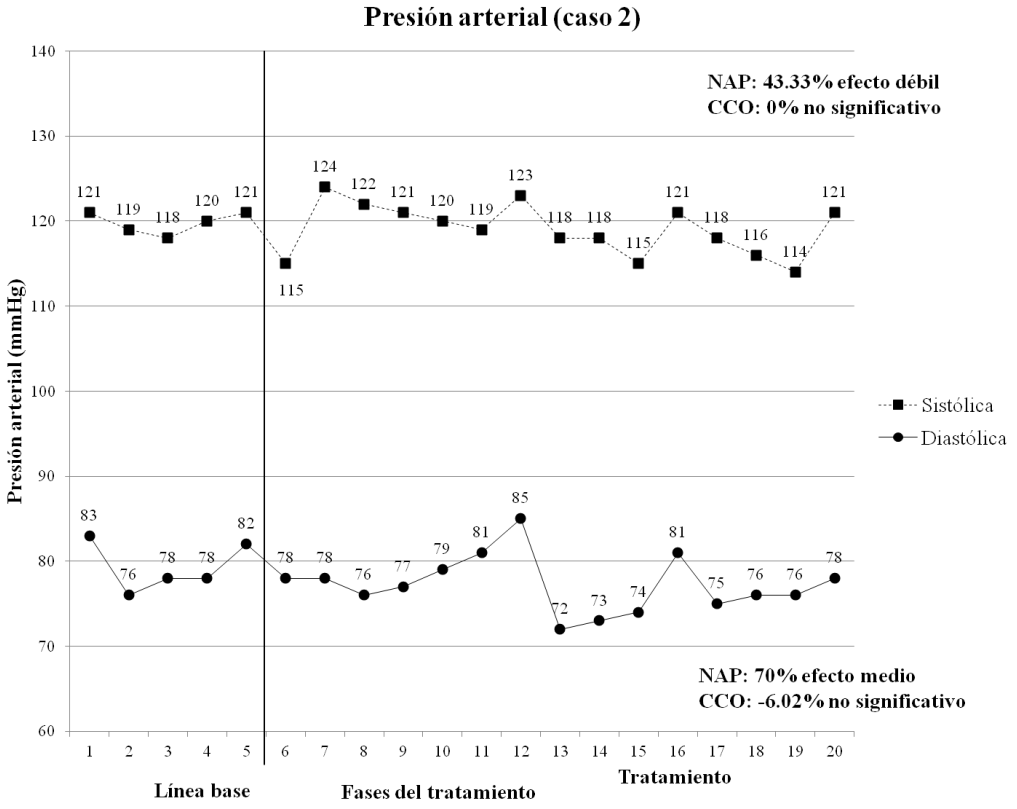
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores cercanos a los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus horarios de sueño, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología depresiva en las áreas vitales tras descartar Anemia.

Como se puede ver en la figura 57, el tamaño del efecto fue débil en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto medio en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivos, pero no significativos dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud, por ello estos no se pueden incrementar de forma indiscriminada. El reporte del médico previo al alta del paciente del servicio

psicológico fue que la cantidad de gas en el abdomen había reducido un total de 5 centímetros, la estabilidad en sus mediciones de presión arterial además que se encontraba ganando masa muscular dado que su complexión era muy delgada.

Figura 57. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 2)

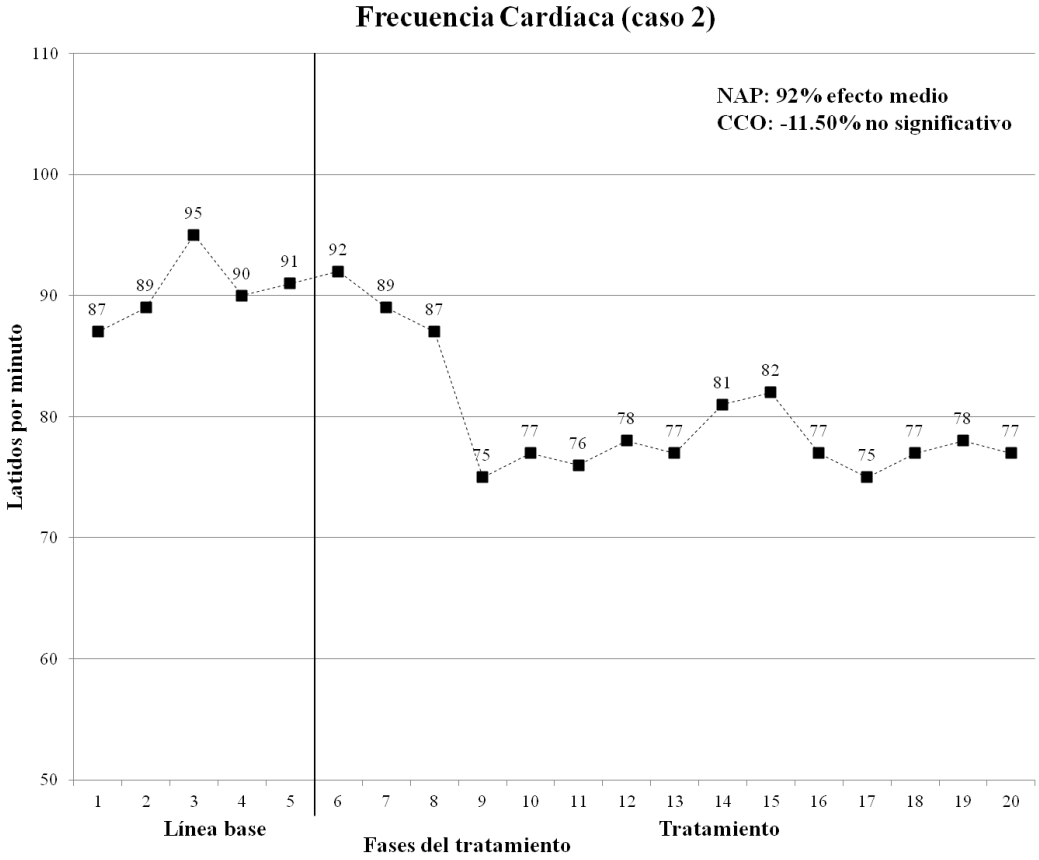


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta y siete a noventa y cinco, las cuales concluyeron en setenta y siete pulsaciones por minuto, el auto reporte del paciente fue “Me siento tranquilo, la verdad no puedo tener un algo tan claro como en las respiraciones profundas, pero sí creo que estoy más relajado” (sic. pac.).

Se obtuvo un tamaño de efecto medio y un índice de cambio clínico no significativo negativo dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado (figura 58).

Figura 58. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 2)

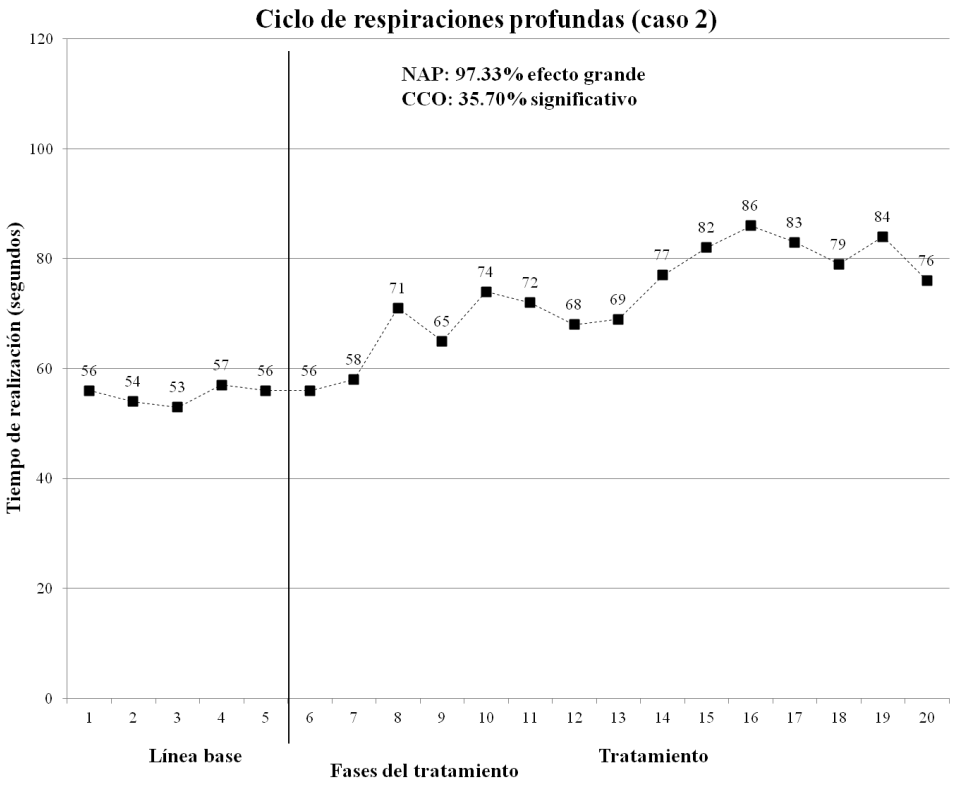


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que se realizara, se registró un máximo de cincuenta y siete segundos, en promedio 7.1 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "nunca había sentido esa calma, sólo cuando nadaba en la casa de Cuernavaca que cuidan mis padres pero eso eran pocas veces, de verdad siento una calma que me gusta para poder inspirarme a tocar guitarra o para dormir" (sic).

Esta medida fisiológica obtuvo un tamaño de efecto grande con 97.33% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 35.70% (figura 59), llegando a ejecuciones de ochenta y seis segundos con un tiempo promedio de 10.8 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carné de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 59. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 2)

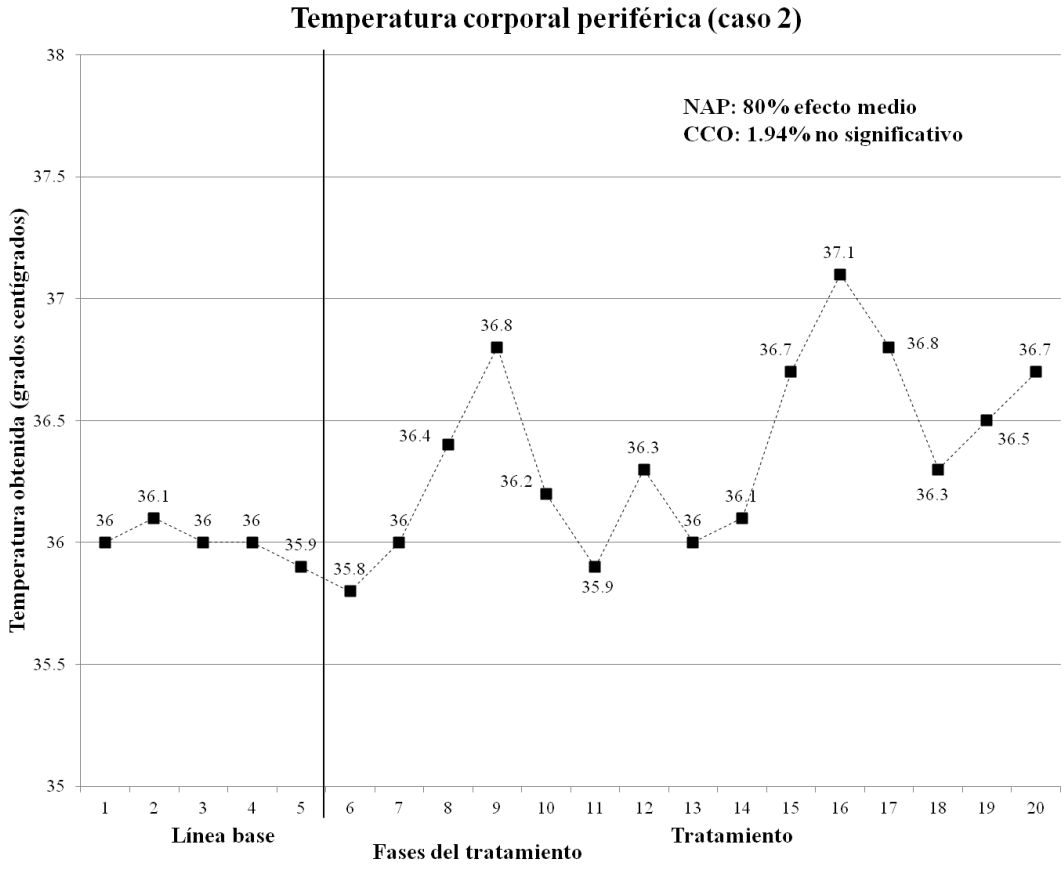


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.9 a 36.1° centígrados y el auto reporte de "Me sudan mucho las manos y me da vergüenza además siempre están frías sin importar el clima, o tiemblo demasiado" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.1° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto medio con 80% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 1.94% (ver figura 60).

Figura 60. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 2)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 61, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

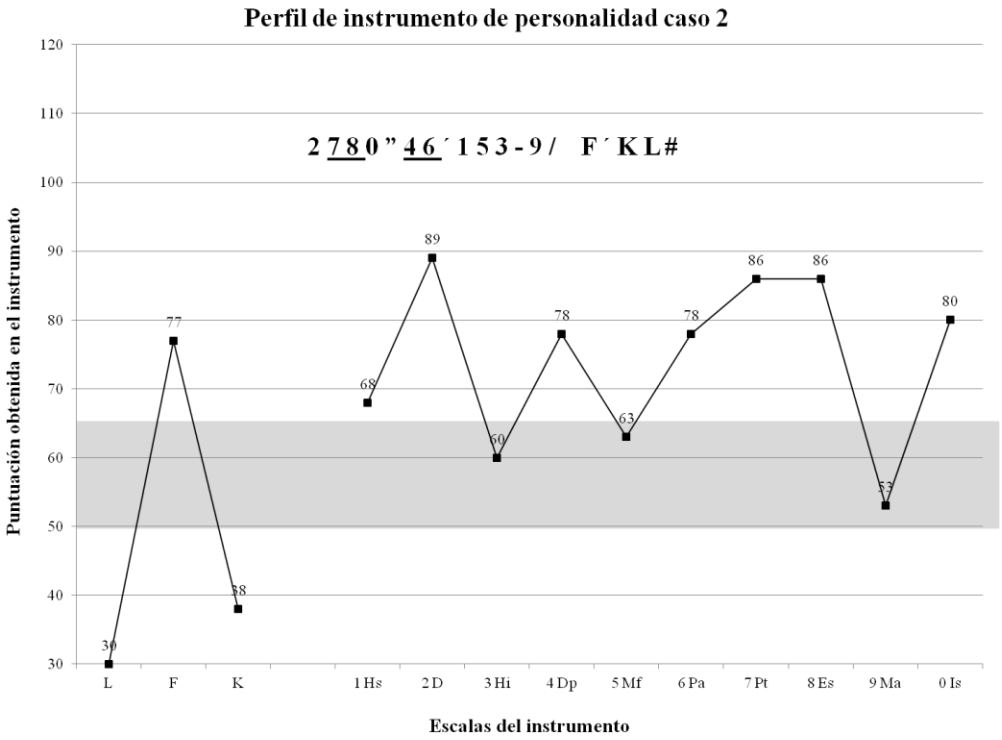
Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son con alteraciones en el estado de ánimo como depresión, ansiedad y tensión, trastornos de sueño y baja concentración. Los pacientes expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso, una tendencia a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran. Reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de “fatalidad catastrófica” y presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento. Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser moralistas y tener expectativas altas y

poco realistas acerca de si mismos que acentúan la indecisión y los sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos.

Presentan un estilo poco original y estereotipado en el pensamiento y la solución de problemas además de una estimación poco realista acerca de si mismos, evitan las relaciones interpersonales cercanas por miedo a ser lastimados. En general manifiestan sentimientos de desesperación y falta de valía y tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás.

En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales, necesidad de agradar, inseguridad, baja tolerancia a la frustración y tedio, hostil, reacciones emocionales superficiales y de corta duración, desplazamiento de la culpa, hostilidad, suspicacia, rigidez. En general tienen una elevada motivación para la psicoterapia y están propensos a permanecer en ella por largo tiempo. Los individuos con este patrón tienden a mostrar una mejoría considerable en terapia.

Figura 61. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 2)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente decidió quedarse en la licenciatura de Filosofía y Letras a la par de continuar los ensayos con su banda de rock para poder usar ese tiempo como espacio de convivencia, de escenario en las habilidades sociales y como tiempo libre planificado. Además, se concretó una entrevista con su madre y se le asignaron tareas después del entrenamiento en asertividad y la Psicoeducación y validación al respecto de sus dudas sobre la crianza de un hijo en edad adulta joven, así como en la importancia del reforzamiento positivo al paciente como estudiante universitario y como adulto en su toma de decisiones.

El paciente logró encontrar un empleo en un Call Center el cual le permitía realizarlo en las tardes y que señaló "me sienta súper este empleo porque son pocas horas, me pagan bien y me alcanza para más cosas de mi plan, mis medicinas y salir una vez al mes con mis amigos a comer" (sic. pac.)

Además de ello el paciente refirió una mejora en la comunicación con su médico gastroenterólogo del Hospital General, se mantuvo con él desde la semana uno a la veinte de tratamiento y los seguimientos de tres meses posteriores, quien previamente prescribió Fluoxetina la cual el paciente abandonó tomaría durante nueve meses, los seguimientos llegaron hasta el tercer mes, sin embargo, en esas semanas lo refrió tomarlo acorde a la prescripción médica. También fue derivado al servicio de nutrición para obtener un plan alimenticio acorde a las características de su diagnóstico.

Otro logro importante para el paciente fue poder realizar dos citas con una chica que le parecía atractiva y poder mantenerse en ellas regulando la preocupación presente señalando "no era como yo creía, si sentía muchos nervios, pero reímos y me la pasé increíble que, en verdad, aunque tenía dolor en el abdomen como de un uno o dos, dejó de importarme y me di cuenta de que sí, todo se ve más fuerte y feo cuando me angustio sin control" (sic)

Disminuyó la frecuencia de peleas con la familia de 7 veces a la semana a 4 cada dos semanas en promedio, en que se modificó la topografía de dichas peleas en lugar de gritos se implementaron acuerdos, uso de asertividad y tiempo fuera en el paciente y los padres, lo cual fue corroborado en el seguimiento con ambos padres vía telefónica quienes refirieron "lo vemos más tranquilo y me alegra saber que lo que estoy haciendo en serio le puede ayudar, me siento útil en su vida aunque pues eso sí siempre nos va a preocupar y estaremos allí para él" (sic. pac.), se brindaron alternativas de psicoterapia para la madre para poder llevar a cabo su abordaje en la preocupación excesiva que refirió presentar en la crianza y ante los problemas económicos.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Algunos rubros del manejo del enojo se mantuvieron igual tras la intervención por lo cual se enfatizó como un aspecto importante a monitorear o trabajar en psicoterapia externa posteriormente, además de la elaboración e implementación del proyecto de vida profesional y económico del paciente para poder independizarse de la familia tal como expresó.

Ante estos puntos se elaboró con el paciente el avance que logramos el listado de aspectos que son importantes a ejecutar y/o solicitar apoyo profesional, sin embargo, tras el último seguimiento a los tres meses el paciente refirió no contemplar necesario instalarse en psicoterapia.

Caso 3.

Paciente masculino de 36 años soltero, hijo menor de cinco, con orientación sexual definida por sí mismo como heterosexual, con escolaridad de Licenciatura trunca de la Licenciatura en Química, empleado como parte del sindicato en los laboratorios de la Facultad de Química en Ciudad Universitaria, UNAM. Vivía con su madre de 64 años, siendo el cuidador primario asignado por los hermanos mayores. No fue canalizado de ninguna Institución, había tenido tres tratamientos psicológicos: el primero, a los diecisiete años por episodio depresivo tras la ruptura con su pareja; el segundo, fue a los veinticinco años por problemas para conciliar el sueño y refiere haber aprendido estrategias de relajación y tercero, a los veintisiete años ante la indecisión entre continuar en el trabajo o concluir la licenciatura, quien contaba con un expediente de servicio gastroenterológico privado sin embargo presentaba falta de adherencia al tratamiento farmacológico y a sus consultas programadas así como al seguimiento del plan alimenticio. Cuenta con un diagnóstico médico de Síndrome de Intestino Irritable en 2018.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 61 muestra la formulación del caso del paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como: opresión en el pecho, miedo, conducta de ir al baño antes de salir, preocupación constante por enfermarse o la enfermedad de su madre, hipervigilancia, sensaciones intestinales, dificultad para respirar, aceleración del ritmo cardíaco y conductas de distracción para no ver el transcurso del camino a través de las ventanas y las distintas estaciones del metro esto se presenta ante los traslados en transporte público mayores a 60 minutos.

Esto ocurre al estar en nuevos lugares donde no ubica los baños, conocer personas nuevas del sexo opuesto, al ser cuidador primario de su madre con Diabetes Mellitus y esclerosis múltiple con tratamiento y rehabilitación, problemas laborales con el jefe, compañeros y alumnos por entrega del material de laboratorio además de la ingesta de alimentos donde no hay colaciones, exceso de cereales a través de pan dulce o tortillas y consumo de café además de un consumo de agua menor a medio litro, generándole como consecuencia la exacerbación de la sintomatología gastrointestinal tal como el dolor abdominal intenso, la diarrea, la percepción de vaciado incompleto, la acidez y la sensación de movimientos intestinales constantes que mantienen y exacerban la sintomatología ansiosa.

Suele evitar salir a lugares que no conoce o con mujeres en citas de pareja lo cual exacerba la sintomatología depresiva como tristeza, culpa, percepción de ineficacia profesional y académica y un déficit en solución de problemas al postergar la toma de decisiones así como de habilidades sociales

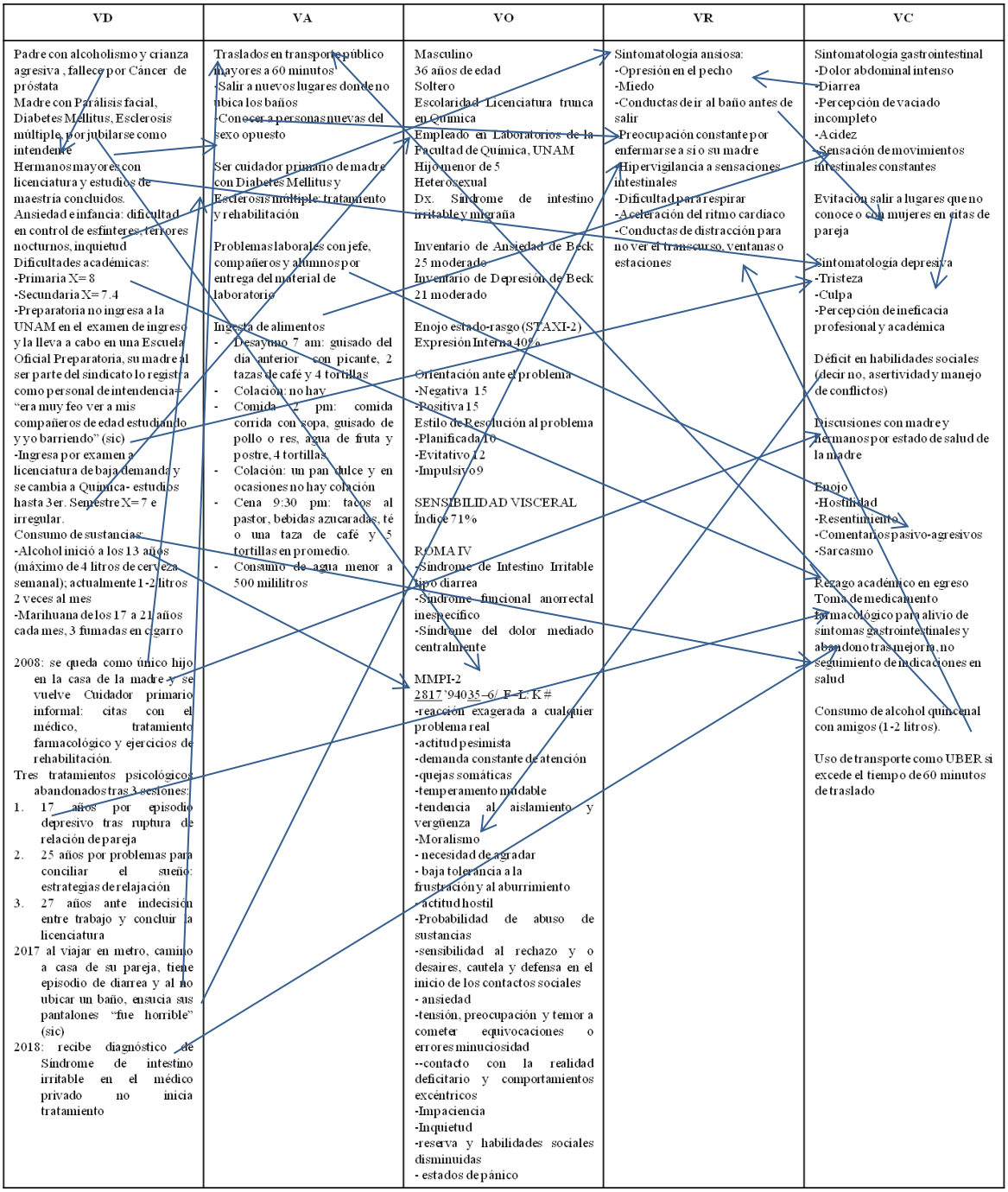
específicamente decir no y el manejo de conflictos (discusiones con la madre y hermanos) por el estado de salud de la mamá, enojo con conductas de hostilidad, resentimiento y comentarios pasivo agresivos así como sarcasmo aunado al rezago académico, toma de medicamentos farmacológicos para aliviar los síntomas gastrointestinales y el abandono tras la mejoría además del no seguimiento de indicaciones en el área de salud y el consumo de alcohol quincenal con amigos de una a dos veces y para poder evadir el uso del transporte público usa transportes por aplicaciones cuando debe trasladarse por más de sesenta minutos.

Como variables dentro de la historia de vida un padre con alcoholismo y una crianza con violencia física quien fallece por Cáncer de Próstata y antecedentes en su madre de Parálisis facial, Diabetes Mellitus, Esclerosis múltiple con un puesto de intendente y próxima a jubilarse. Contaba con hermanos mayores con licenciatura y estudios de maestría concluidos siendo el paciente el único con licenciatura trunca.

Además de ansiedad en la infancia con dificultad del control de esfínteres, terrores nocturnos e inquietud, dificultades académicas en cuanto a la acreditación de la secundaria y en la preparatoria no ingresó a la UNAM en el examen de ingreso así que la cursó en una escuela oficial preparatoria y su madre (al ser parte del sindicato) lo registró como personal de intendencia lo cual marcó un episodio depresivo que el paciente refiere como “era muy feo ver a mis compañeros de la misma edad quien era estudiante y yo barriendo los salones, me sentía demasiado deprimido aunque sólo fue un año” (sic. pac.).

Ingresó por examen a una licenciatura de baja demanda y se cambia después a Química, cursa hasta el tercer semestre con un promedio de siete y un estatus irregular abandonando este tras la opción de poder escalar a empleado de laboratorio aunado a una historial de consumo de sustancias de alcohol con edad de inicio a los trece años de máximo cuatro por semana y actualmente uno o dos litros dos veces al mes y marihuana de los diecisiete a los veintiún años cada mes, tres fumadas en cigarro. En el 2008, se le delega como hijo único en la casa de la madre ya que todos sus hermanos se casaron o mudaron y se vuelve cuidador primario formal quien acompaña a la madre a sus citas con el médico, el tratamiento farmacológico y a sus ejercicios de rehabilitación.

Figura 61. Mapa de Patogénesis del caso tres, atendido en el protocolo.

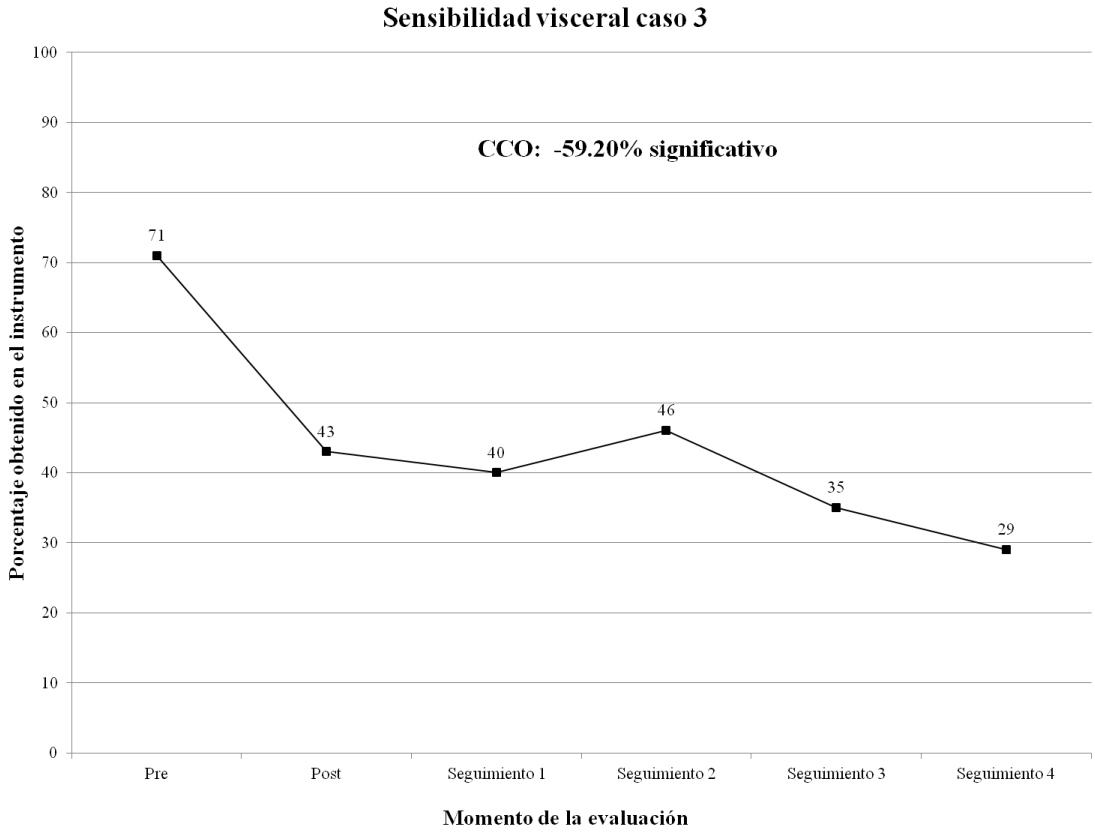


Sensibilidad visceral.

El paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 71% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas respecto a trasladarse a otros lugares sin tener malestares de evacuación (figura 62).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 43%, cuya disminución continuó en el primer seguimiento al mes con un 40%, al segundo seguimiento a los tres meses con un 46%. En el seguimiento de los dos meses tras su egreso el porcentaje disminuyó a 46%, tras el tercer seguimiento a los tres meses se obtuvo un índice del 35% y a los seis meses del 29% tras el tratamiento en solución de problemas y apego al tratamiento en salud.

Figura 62. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso tres)



Tal como se muestra en la figura, el cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -59.20%.

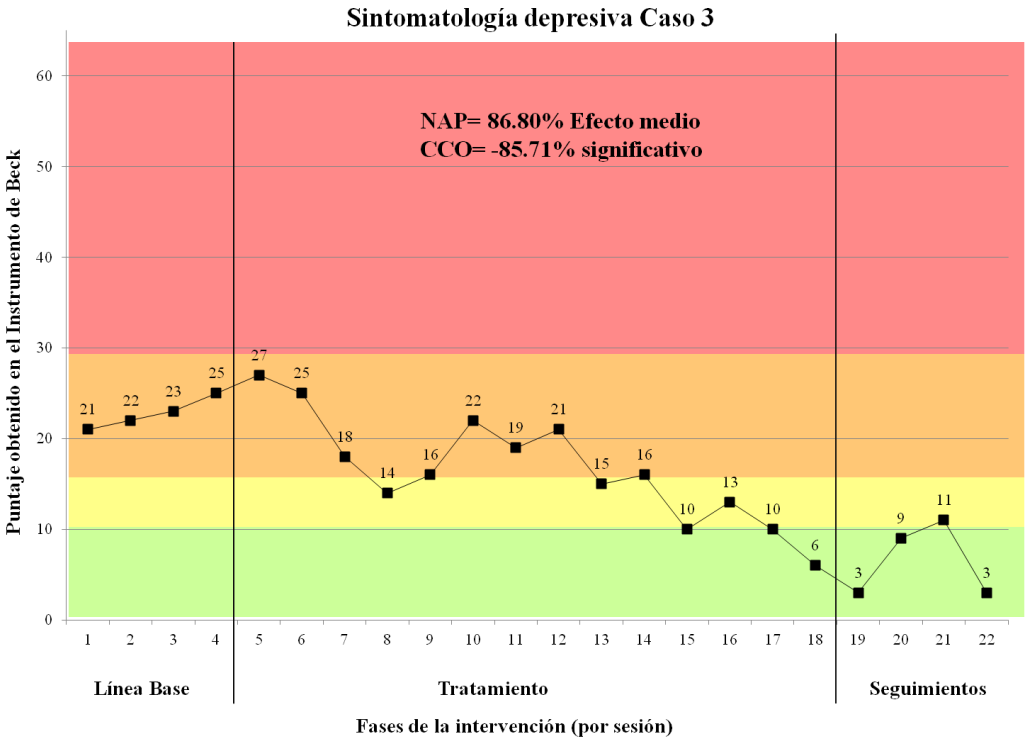
Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel moderado de sintomatología depresiva entre veintiuno a veinticinco puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta logró disminuir en la sesión dieciocho a seis puntos que representa un nivel mínimo. Durante los seguimientos se mantuvo en dicho nivel mínimo-leve refiriendo “aún me sigo sintiendo triste algunos días porque ahora creo que

el malestar físico ha dejado de ser un problema me pregunto que sigue con mi vida y me gustaría trabajar en eso después" (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-dieciocho), la semana diez, doce y catorce los puntajes de síntomas depresivos se elevaron por situaciones como cansancio físico, discusiones con sus hermanos o madre y problemas laborales, se observó un incremento en las puntuaciones y tres de ellas mostraron un solapamiento (empeoramiento) respecto a la línea base sin embargo no se mantuvieron en niveles constantes a las puntuaciones iniciales como se muestra en la figura 63.

Figura 63. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 3)



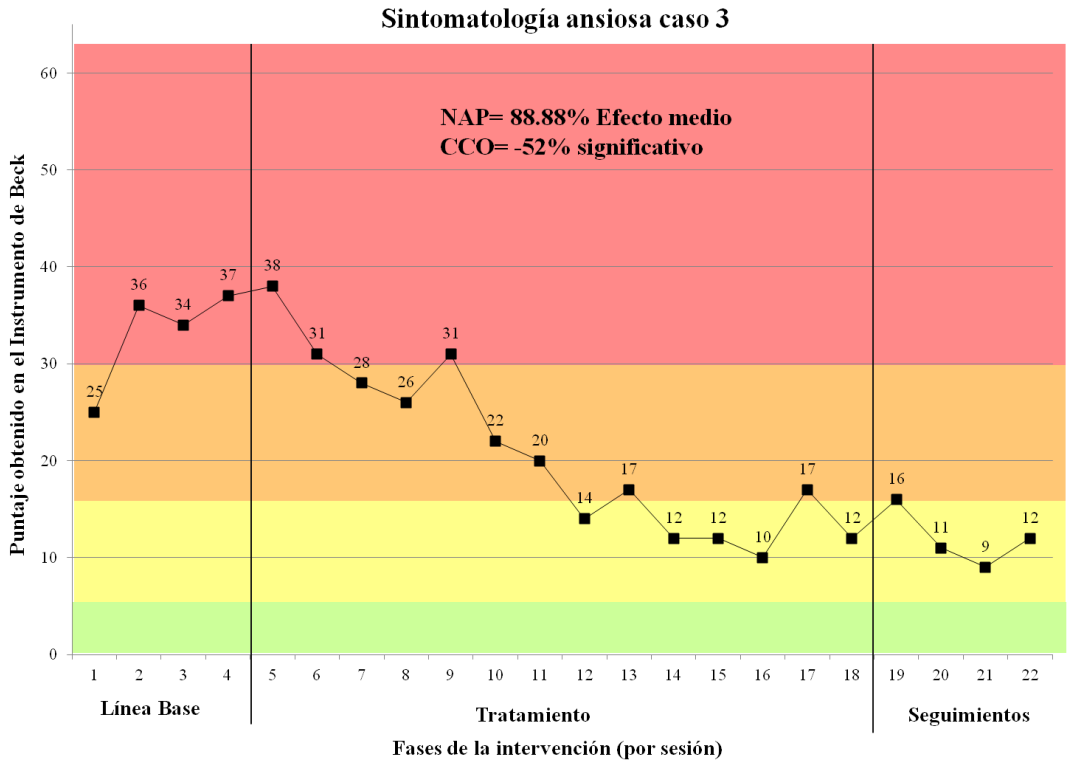
Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 86.80% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -85.71%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances. Durante las sesiones el paciente refirió como motivos adicionales a la disminución de su sintomatología depresiva como menor tristeza, mayor energía para incorporar actividades como retomar clases de coreano y planear un viaje al extranjero con mis ahorros" (sic. pac.).

Sintomatología ansiosa.

El paciente ingresó con puntuaciones moderada-alta en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión nueve, trece y diecisiete por coincidir con períodos de estrés laboral, problemas con la madre al negarse a tomar sus medicamentos, así como presentar un examen en su clase de coreano.

El paciente tras el tratamiento se fue con un nivel leve en la sintomatología ansiosa (figura 64) y en los seguimientos se mantuvo leve- mínimo con un tiempo de seis meses después de la intervención. Se obtiene un tamaño de efecto medio con el 88.88% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -52% de reducción de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento y señala “algunas cosas como el trabajo o las medicinas de mi mamá me ponen preocupado pero creo que ya no se siente como antes hasta ahora puedo pensar más opciones y sobre todo mi miedo a tener diarrea de improviso bajó porque justo los episodios son más esporádicos y de verdad me siento sumamente bien” (sic).

Figura 64. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 3)



Enojo.

Respecto al manejo del enojo se encontró que el paciente mejoró en los rubros de reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) pasando del 15% al 5% con un índice clínico de cambio del -66.67% como se muestra en la figura 65, en cuanto al rubro del rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) de igual forma disminuyó del 15% al 5%, obteniendo el mismo índice clínico de cambio significativo negativo del -66.67%.

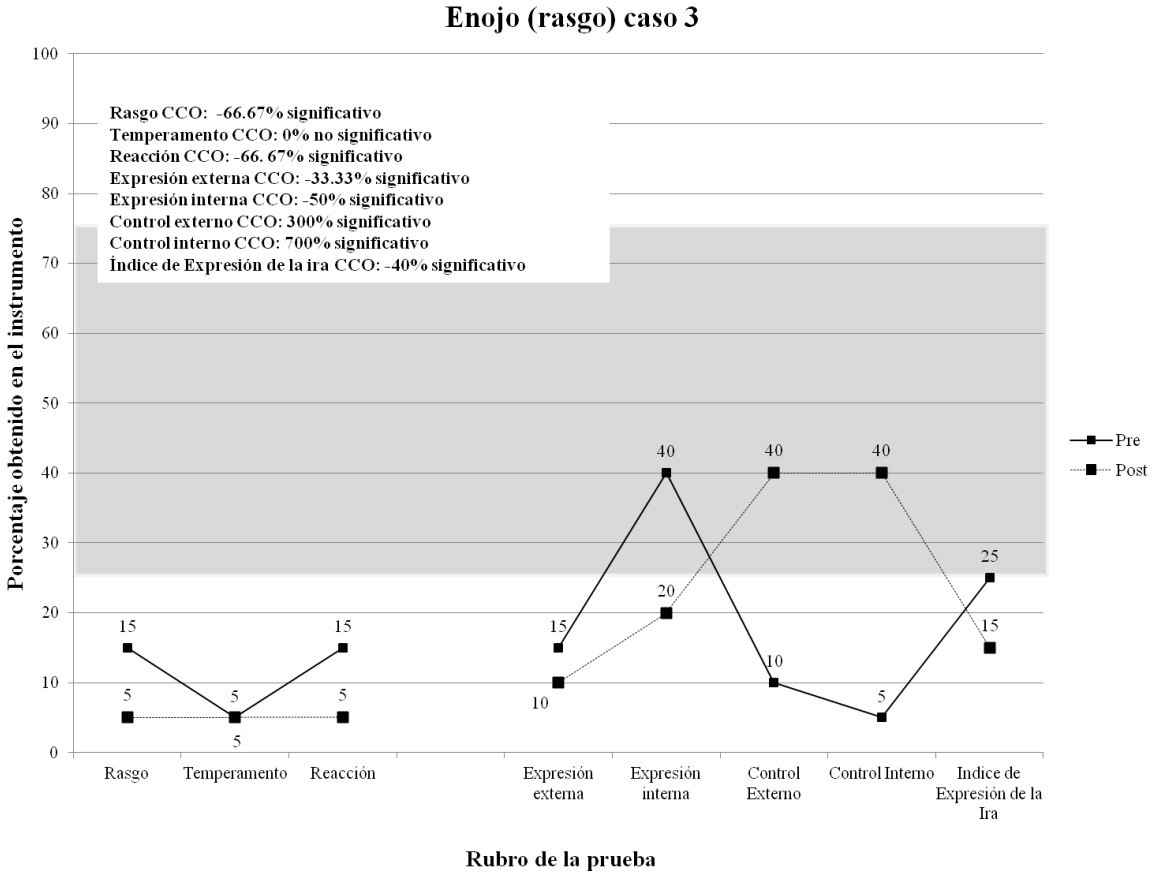
En el rubro de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) se mantuvo igual en el pre y post tratamiento con 5% con un índice de cambio clínico del 0% es decir, no hubo cambios ni positivos ni negativos dado que el paciente refirió "a veces tonterías según los otros me hacen enojar, pero en verdad son importantes para mí y si me enciendo rápido, pero eso no es tan frecuente" (sic).

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) pasó del 40% al 20% con un índice clínico significativo negativo del -50% con una mejoría en poder expresar su punto de vista y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) con una disminución del 15% al 10% y un índice clínico negativo del -33.33% significativo porque la disminución en la frecuencia de ejecución de dichas conductas.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que incrementen posterior al tratamiento y se encontró un índice clínico positivo significativo en el control externo que pasó del 10% al 40% con un índice de cambio clínico de 300% y en el interno pasó del 5% al 40% con un índice clínico del 700% lo cual se relaciona con el entrenamiento del paciente en asertividad y estrategias de autocontrol ante el enojo en situaciones laborales y familiares.

Por último, se disminuyó el índice general de la ira mostró un índice clínico significativo negativo en que, ante la mejora en las estrategias de control y una disminución de expresión externa e interna, así como de los aspectos relacionados en el temperamento y en la reacción disminuyó los efectos negativos sociales y físicos ante la ira pasando del 25% al 15% con un índice clínico negativo significativo del -40%.

Figura 65. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 3)



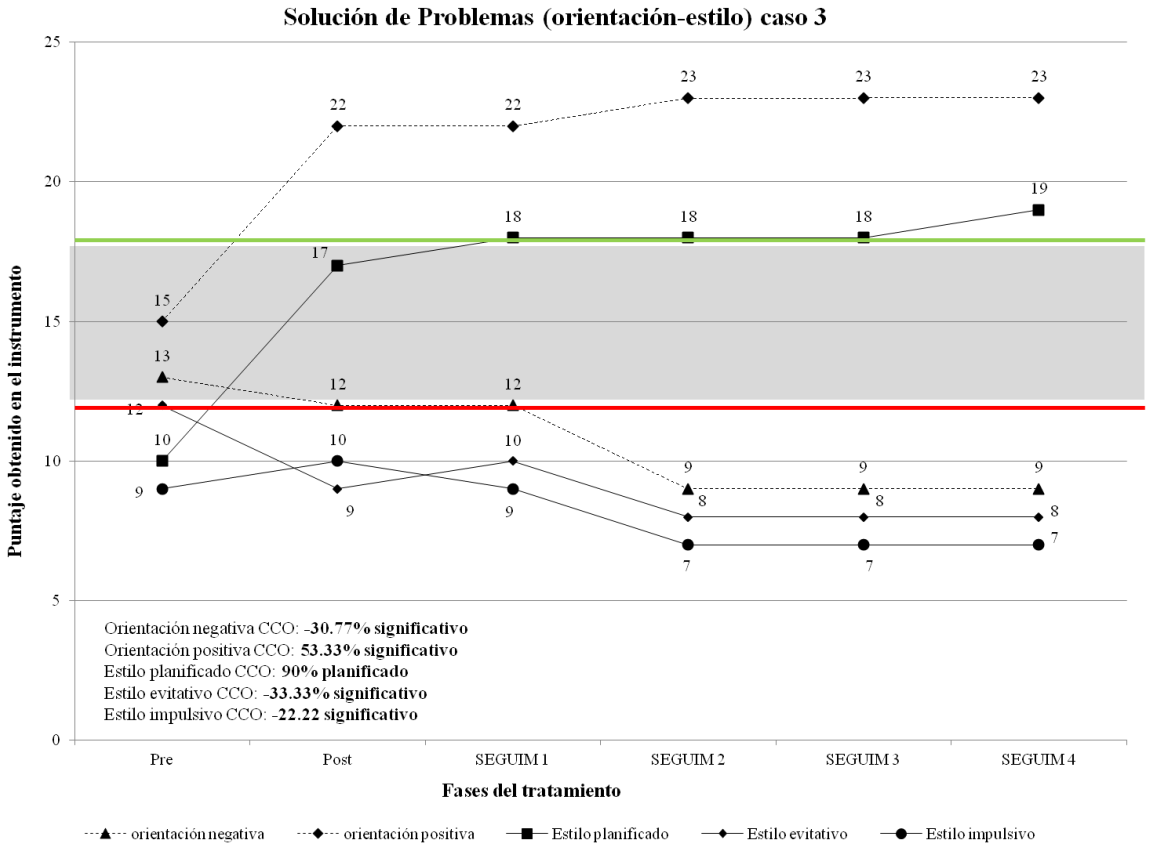
Solución de problemas.

El paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto), mostró una mayor orientación negativa o poco funcional la cual pasó de trece puntos a nueve en el último seguimiento tras seis meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -30.77%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con quince puntos y finalizar con veintitrés puntos y con un índice clínico significativo positivo al ser más frecuente en ejecución del 53.33%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de nueve a siete puntos y un índice de cambio negativo significativo del -22.2% así como en el estilo evitativo pasando de doce a ocho puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -33.33%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo significativo de 90% dado que el

paciente ingresó con diez puntos e incrementó a veintitrés puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 66).

Figura 66. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 3)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas el paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dada sus resultados en el subtipo de alteración. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como el dolor abdominal y los cambios de hábito intestinal más que con la ansiedad reportada por en que refirió "En una ocasión no alcancé a llegar a un baño y tuve un accidente con mi ropa y fue sumamente vergonzoso que de allí me quedó ese miedo pero justo no sabía cómo controlar ese miedo y ver que todo se relaciona con cómo me cuido me da como esas ganas de hacerlo y de que no siempre estaré bien pero al menos sabré qué hacer" (sic. pac.).

Los otros dos síntomas con mayor variabilidad fueron los gases y la hinchazón para ello se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de grasas e irritantes, así como la falta de fibra en la dieta para lo cual se retomaron y aclararon dudas del plan alimenticio

que recibió, así como de las preguntas a realizar con sus especialistas. El paciente logró identificar mayor cantidad de gases cuando “como tacos, como algo grasoso como un guisado o bien, cuando me aguanto sin desayunar de que salgo de casa a la hora del desayuno en el trabajo como a las 11 am y salgo como las 6 am entonces si son bastantes horas o cuando como mucho queso o leche allí si es más probable tener diarrea” (sic. pac.).

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (dolor abdominal y ansiedad), mientras que la diarrea, los gases y la hinchazón mostraron un tamaño de efecto medio, sin embargo, para los cinco síntomas se obtuvo un índice de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 67 y 68).

Figura 67. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 3)

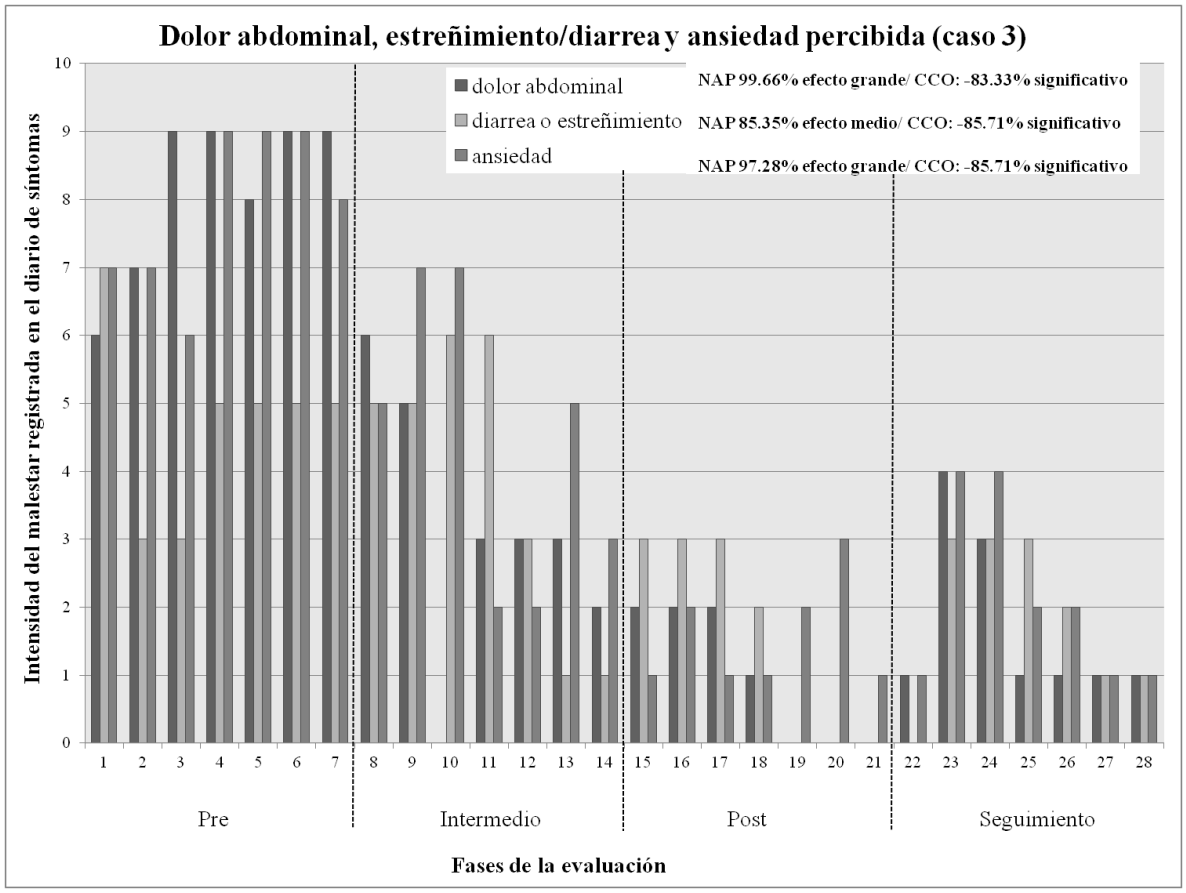
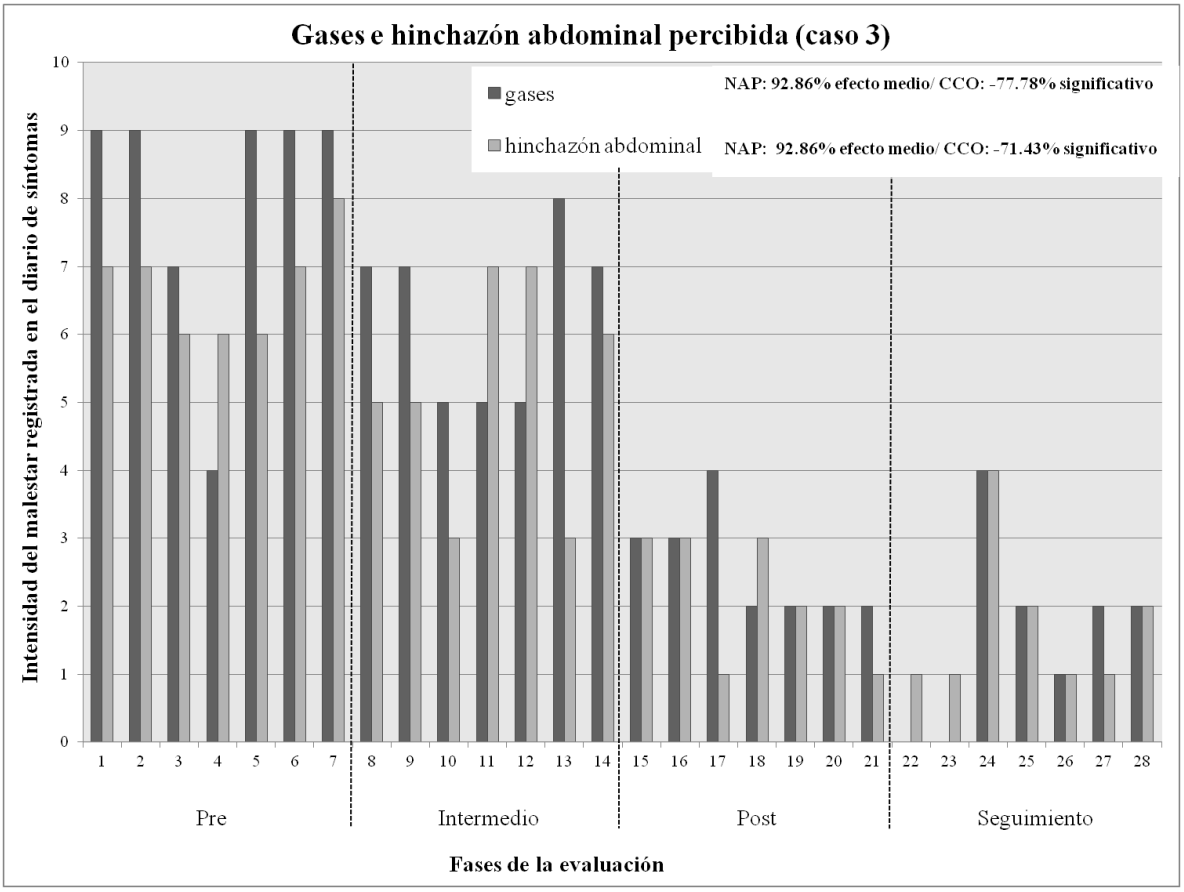


Figura 68. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 3)



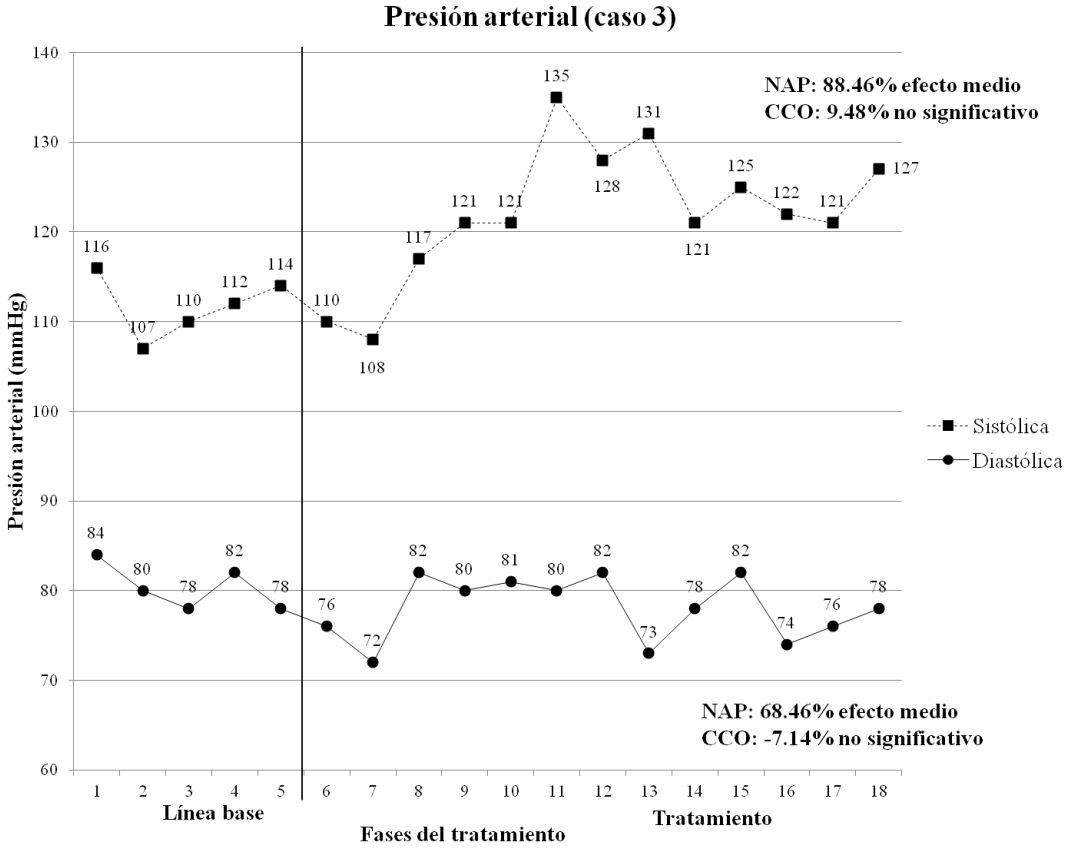
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores menores a los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores e incrementarlos a valores más óptimos al modificar sus número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa (crisis de ansiedad) en las áreas vitales.

Como se puede ver en la figura 69, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto medio en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvo un índice de cambio clínico positivo, pero no significativo en la presión sistólica dado que se buscó moderar los valores y estabilizarlos, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes

de causar efectos adversos en la salud, por ello estos no se pueden incrementar de forma indiscriminada.

Figura 69. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 3)

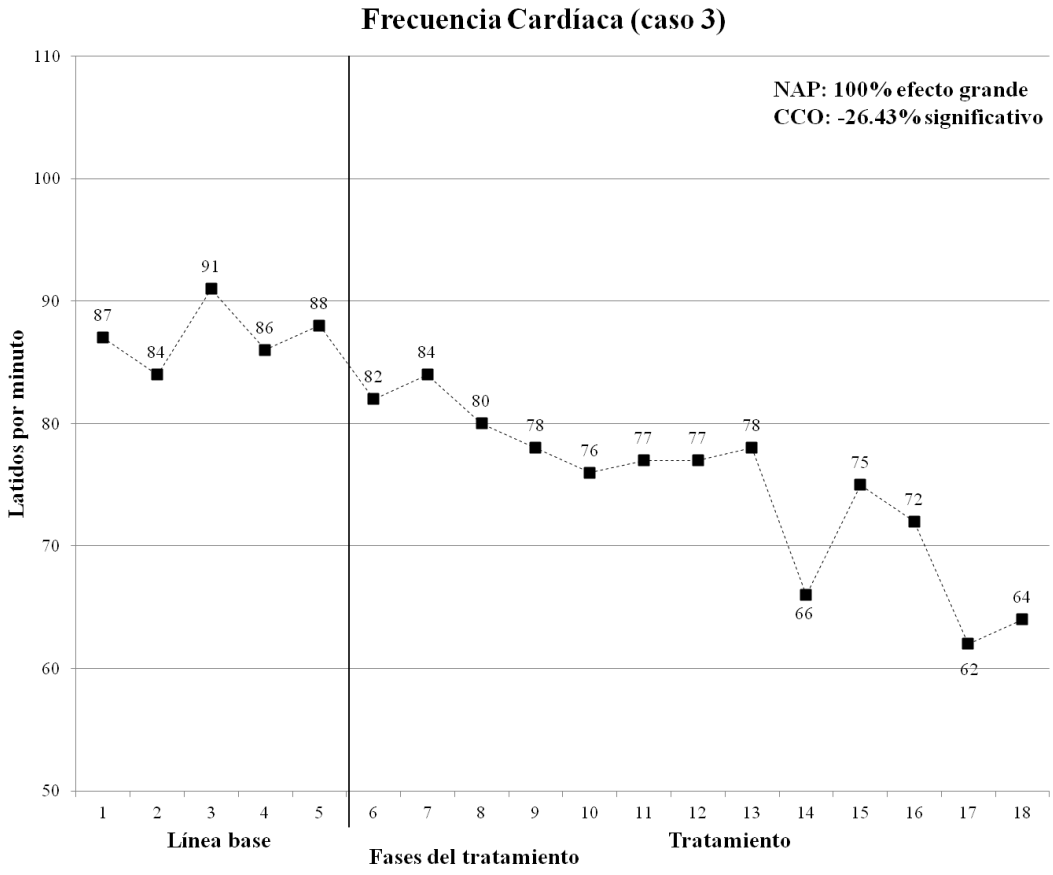


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta y cuatro a noventa y uno, las cuales concluyeron en sesenta y cuatro pulsaciones por minuto, el auto reporte del paciente fue "Respirar así me da hasta sueño en serio y se siente tan rico, me gusta porque puedo sentir como se me calma el corazón" (sic. pac.).

Se obtuvo un tamaño de efecto grande y un índice de cambio clínico significativo negativo dado que el paciente requería el entrenamiento en mayor medida por ello al recibirlo, se vio beneficiado de este (figura 70).

Figura 70. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 3)

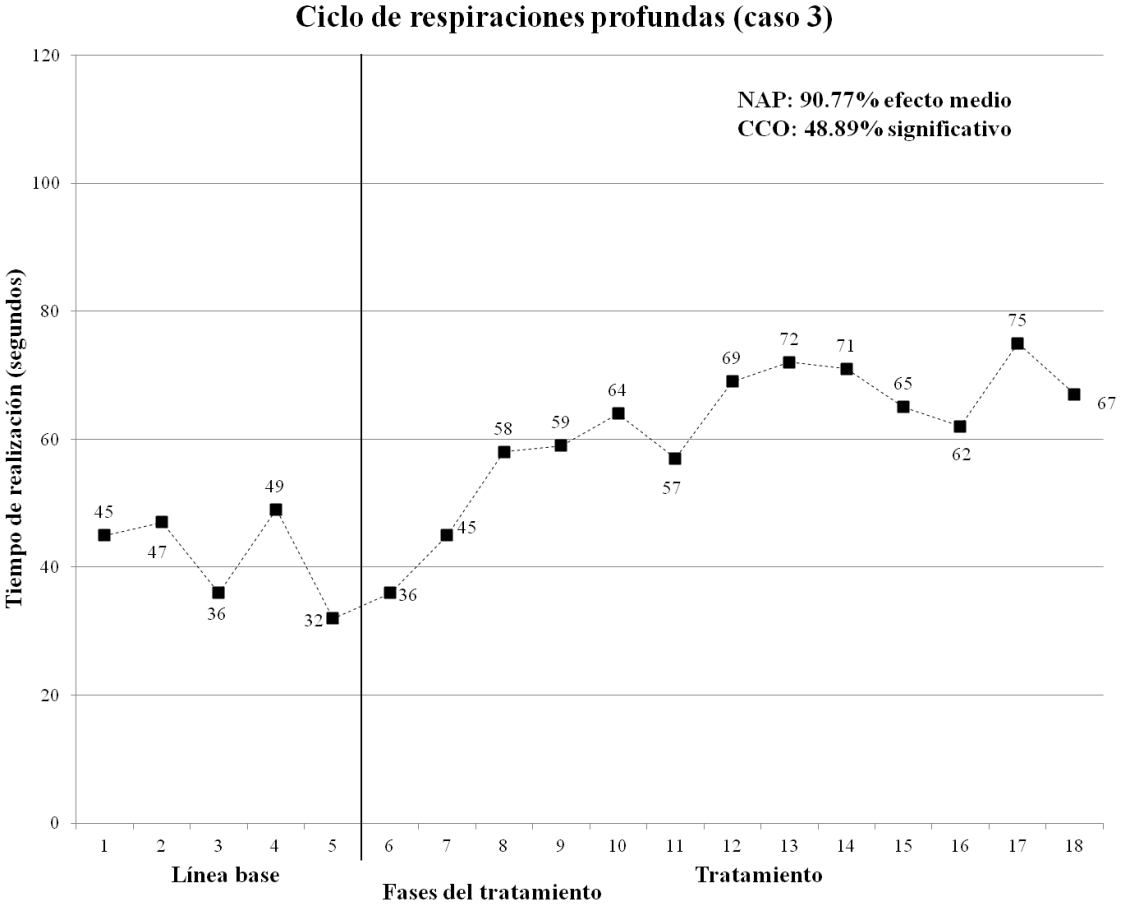


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o recordara que se realiza, se registró un máximo de cuarenta y nueve segundos, en promedio 6.3 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "Si me enseñaron pero sólo fue una vez y ya lo dejamos de ver y yo también de practicarlo" (sic).

Esta medida fisiológica obtuvo un tamaño de efecto medio con 97.33% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 48.89% (figura 71), llegando a ejecuciones de setenta y cinco segundos con un tiempo promedio de 9.4 segundos por respiración, para el cual requiere continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente ya que mostraba dificultades en la práctica de este a lo largo del proceso clínico.

Figura 71. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 3)

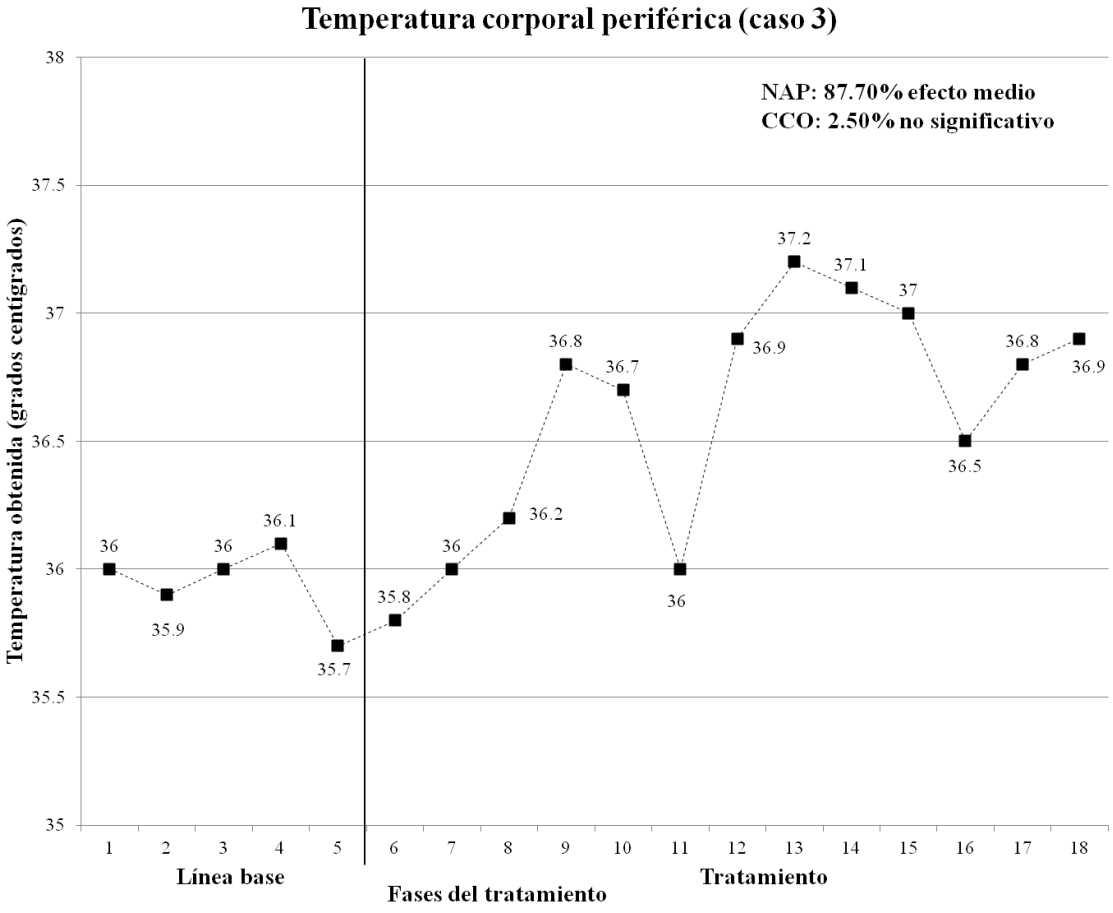


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.9 a 36.1° centígrados y el auto reporte de "mis manos siempre son frías, pero las siento como duras a veces cuesta moverlas de tan frías, aunque haga calor si cuesta, pero es más cuando estoy nervioso" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.2° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto medio con 87.70% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 2.50% (ver figura 72).

Figura 72. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 3)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 73, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son con alteraciones en el estado de ánimo como depresión, ansiedad y tensión, trastornos de sueño y baja concentración. Los pacientes

expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso, una tendencia a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran. Reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de "fatalidad catastrófica" y presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento. Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser moralistas y tener expectativas altas y poco realistas acerca de si mismos que acentúan la indecisión y los sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos.

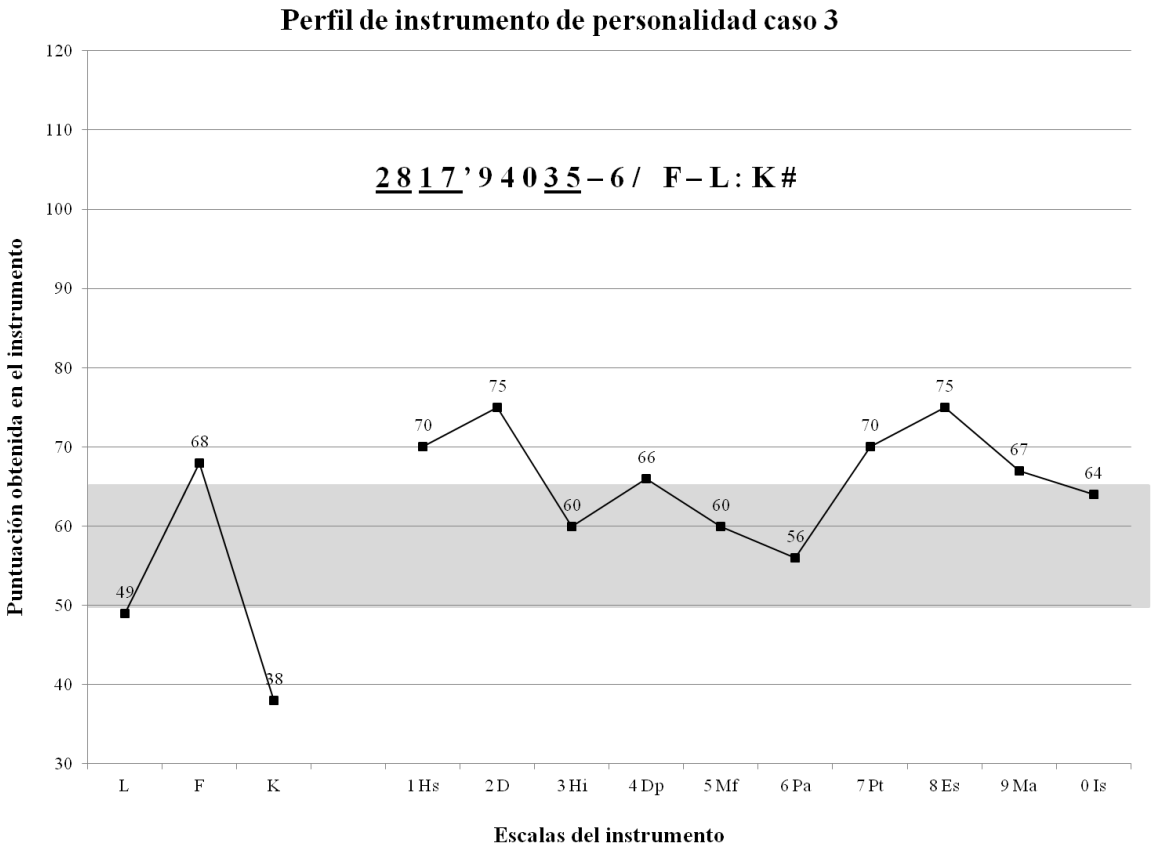
Los pacientes con este tipo de código informan problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales, prefieren las explicaciones médicas a sus síntomas y se resisten a las interpretaciones psicológicas. Se muestran ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables, con características de ensimismamiento e infelicidad. Generalmente muestran una pérdida de iniciativa y pueden presentar un estado de ánimo deprimido.

Son cohibidos, introvertidos y tímidos en situaciones sociales; retraídos y solitarios. Experimentan dudas sobre su capacidad y muestran duda e indecisión incluso sobre cuestiones menores. Tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes. También pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan.

Guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo. Carecen de insight acerca de si mismos y se resisten a aceptar la responsabilidad de su propia conducta. En general manifiestan sentimientos de desesperación y falta de valía y tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás.

En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales, necesidad de agradar, inseguridad, baja tolerancia a la frustración y tedio, hostil, reacciones emocionales superficiales y de corta duración, desplazamiento de la culpa, hostilidad, suspicacia, rigidez. En general tienen una elevada motivación para la psicoterapia y están propensos a permanecer en ella por largo tiempo. Los individuos con este patrón tienden a mostrar una mejoría considerable en terapia.

Figura 73. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 3)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente decidió mantenerse en su empleo actual para poder competir por un puesto en oficinas por el número de años que tenía lo cual reportó le ayudaba a sabes el sentido de las cosas, aunque refirió querer aterrizarlo posteriormente en un proceso de psicoterapia.

Además de ello el paciente refirió una mejora en la comunicación con su médico gastroenterólogo privado, se mantuvo con él desde la semana uno a la dieciocho de tratamiento y los seguimientos de seis meses posteriores, no aceptó tomar un tratamiento farmacológico señalando ya no tener ansiedad incapacitante. También fue derivado al servicio de nutrición para obtener un plan alimenticio acorde a las características de su diagnóstico.

Otro logro importante para el paciente fue poder organizar un viaje a Europa con una compañera del trabajo durante dos semanas señalando "me siento listo de ir más allá de 60 minutos y cada vez voy

viajando más tiempo o más distancia y mi diarrea está regulada" (sic). Incrementó el tiempo para retomar estudios de un idioma y su descanso como cuidador.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Algunos rubros del manejo del enojo, aunque disminuyó la frecuencia de peleas con la familia de tres veces a la semana a cuatro cada mes en promedio esto no pudo ser verificado ni abordado con la madre del paciente quien se negó a participar en el tratamiento.

Otro aspecto importante es el consumo de sustancias (alcohol) que el paciente refirió que disminuyó hasta su abstinencia sin embargo en el segundo seguimiento refirió haber salido con amigos a tomar, se enfatizó la importancia de moderar el consumo por sus efectos en la salud física y mental y señaló estar de acuerdo, pero no había forma de corroborar dicho diagnóstico.

Ante estos puntos se elaboró con el paciente el avance que logramos el listado de aspectos que son importantes a ejecutar y/o solicitar apoyo profesional, sin embargo, tras el último seguimiento a los seis meses el paciente refirió no contemplar necesario instalarse en psicoterapia.

Caso 4.

Paciente femenina de 27 años, soltera, con orientación sexual definida por sí misma como heterosexual, estudiante irregular de Ingeniería eléctrica en la Facultad de Ciencias del campus de Ciudad Universitaria, UNAM., es la segunda de cuatro hijos. Vivía con sus tres hermanos y sus dos padres. No fue canalizada de ninguna Institución, no había tenido tratamientos psicológicos y contaba con un expediente de servicio con su médico familiar y su padre quien era médico sin embargo presentaba falta de adherencia al tratamiento farmacológico ante recomendaciones del padre y en el seguimiento del plan alimenticio. Durante la evaluación puntúo para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable y se le ofreció participar en el protocolo, cuatro semanas después este diagnóstico fue confirmado por el médico familiar.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 74 muestra la formulación del caso del paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "taquicardia, preocupación constante, nerviosismo, tensión muscular sobre todo en el cuello, dolor de pecho, dificultad en poner atención y concentrarme en la escuela y esos pensamientos antes que ocurran las cosas o que saldrán mal y soy una perdedora" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que el paciente presentaba como eventos antecedentes el estrés académico (deuda de cuatro materias para cubrir los créditos), social (enterarse de la titulación de sus amigos en redes sociales y sus dificultades para adaptarse a compañeros de clase con menor edad que ella), familiar (presión por su egreso y conflictos entre los padres con la amenaza de divorciarse) y de pareja (ruptura de relación reciente y quien era su red de apoyo más fuerte).

Aunado a la ingesta de alimentos concentrados en picantes y grasas fuera de casa dado que "en casa no se suele cocinar mucho, casi más salimos por comida fuera o cada uno come por su lado" (sic. pac.)., donde el desayuno era intermitente, no había colaciones y solían pasar más de ocho horas entre una comida y otra y la cena solía ser guisados o cereal sin embargo señaló consumos ocasionales (bajo estados de ansiedad) de porciones de alimentos grande como "un litro de yogurt o seis paquetes de salmas que son como tortillas o a veces helado como medio litro" (sic. pac.).

Esto le generaba como consecuencia una exacerbación de la sintomatología gastrointestinal como dolor abdominal intenso, inflamación abdominal y estreñimiento, percepción de vaciado incompleto,

náusea y evitar ir a clases, así como la postergación en la elaboración de tareas, darse de baja temporal en redes sociales o platicar con amigos de la generación.

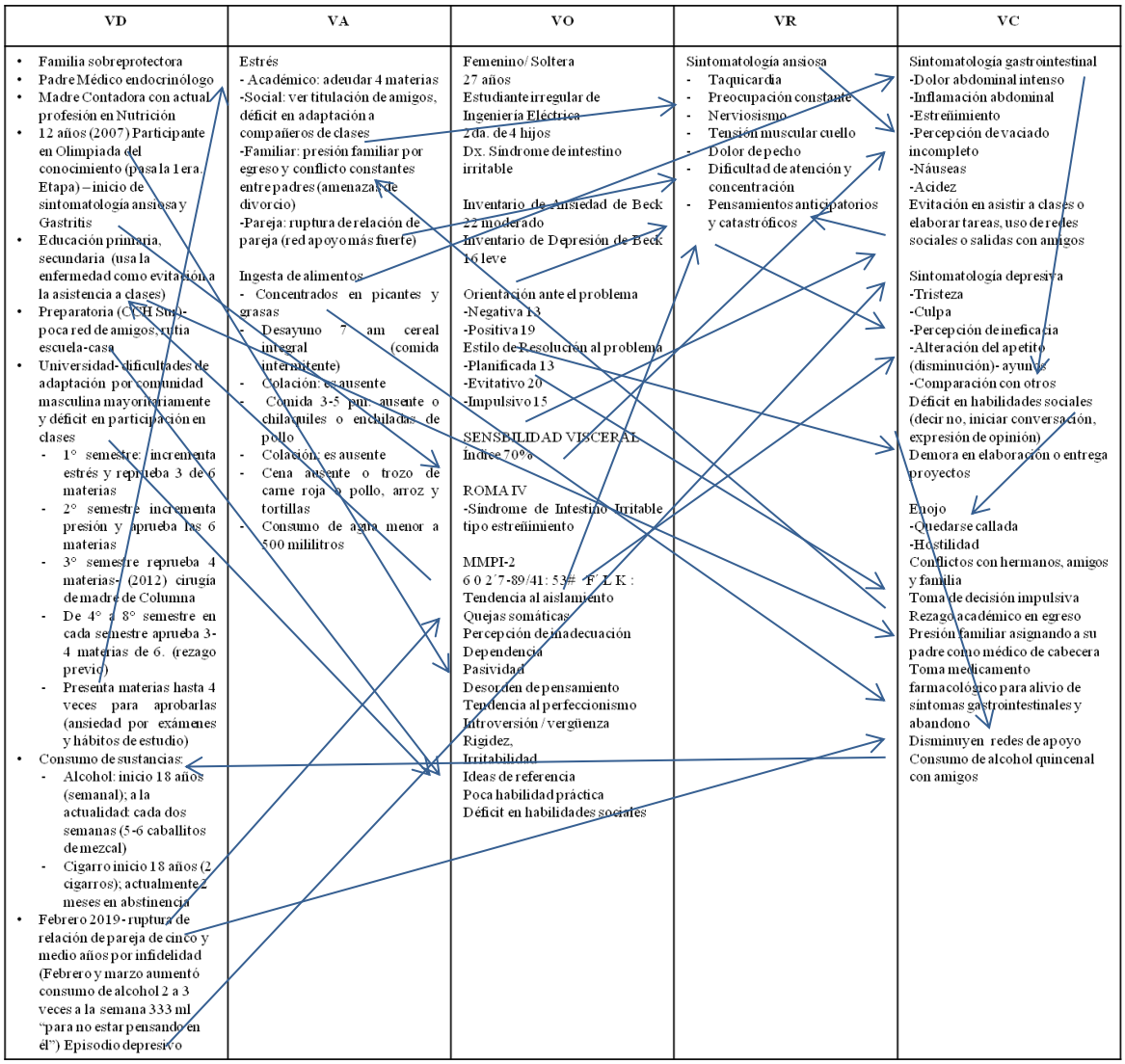
Esto también exacerbaba los niveles de sintomatología depresiva con tristeza, culpa, percepción de ineficacia, alteración del apetito (disminución) y los episodios de llanto además de la comparación con otros compañeros y el déficit en habilidades sociales, específicamente decir no, iniciar una conversación o expresar su opinión. Otras de las consecuencias era el enojo definido como quedarse callada, hostilidad, conflictos con hermanos, amigos y familia y toma de decisiones impulsivas.

Además del rezago académico para iniciar la titulación y la presión familiar del padre por "me preguntan para cuándo porque ya tengo 27 y no salgo aún" (sic. pac.) así como tomar medicamentos farmacológicos para el alivio de los síntomas gastrointestinales y/o abandono de estos ante la mejoría y la recomendación de su padre de lo que le convenía tomar, además sus redes de apoyo eran escasas y había consumo de alcohol cada dos semanas con dos amigos.

Menciona como hechos en su historia de vida un estilo de crianza de sobreprotección, sus padres tenían una escolaridad de licenciatura y posgrado que eran modelos para la paciente quien refería "ellos son profesionistas y me da miedo defraudarlos sobre todo a mi padre que es muy exitoso y es un ejemplo y eso me pone peor" (sic. pac.). Su padre era médico endocrinólogo y la madre era contadora y ejercía como nutrióloga. A los doce años, la paciente participó en la olimpiada del conocimiento y pasó la primera etapa sin embargo no avanzó más allá de esta e iniciaron los síntomas de ansiedad y la gastritis.

En la primaria y secundaria señala "solía usar la enfermedad como un motivo para no ir a clases, mi madre decía ¿Te sientes mal? o ¿No quieres ir a la escuela hoy? y mi papá me realizaba los justificantes, así que estar enfermo era evitar ir a la escuela cuando estaba cansada o no quería" (sic. pac.), en la preparatoria la red de amigos disminuyó dado que su rutina era ir de la escuela a casa sin asistir a fiestas o reuniones y al ingresar a la universidad presentó dificultades de adaptación ante una comunidad mayoritariamente masculina y el déficit en participación en las clases en su primer semestre con un incremento en los niveles de estrés y reprueba tres de seis materias, en el segundo semestre aprueba las seis materias que inscribió y en el tercer semestre reprueba cuatro materias de seis y de cuarto a octavo semestre el patrón se repite, reprueba tres o cuatro materias de seis más las acumuladas.

Figura 74. Mapa de Patogénesis del caso cuatro, atendido en el protocolo.



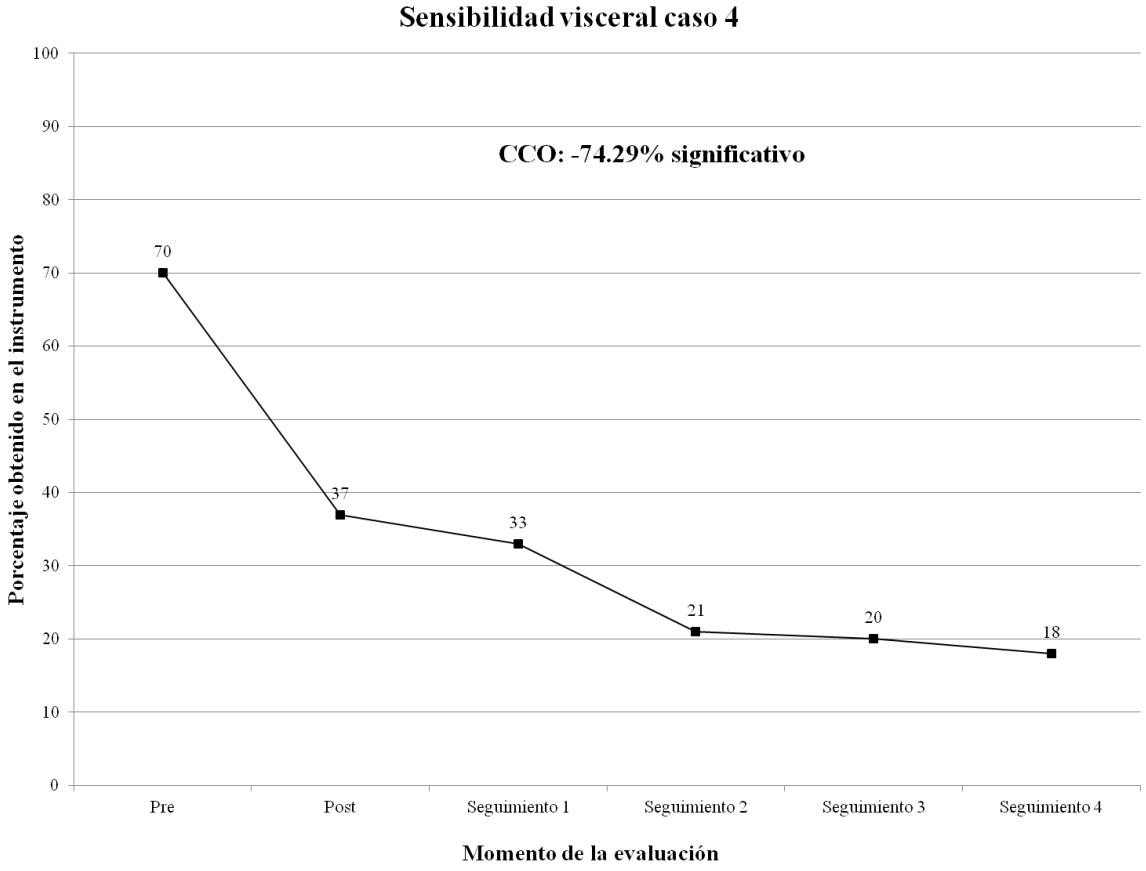
Sensibilidad visceral.

La paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 70% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con la conclusión de sus estudios universitarios en la Facultad además del inicio de la vida laboral-profesional y los comentarios de estos últimos para que la paciente se titulara y comenzara a laborar además del ambiente de conflicto entre ambos padres (figura 75).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 37%, cuya disminución continuó en el primer seguimiento al mes con un 33%, al segundo seguimiento a los dos meses con un 21%. En el

seguimiento de los tres meses tras su egreso el porcentaje disminuyó a 20% y para el último seguimiento a los seis meses el porcentaje quedó en 18%.

Figura 75. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso cuatro).



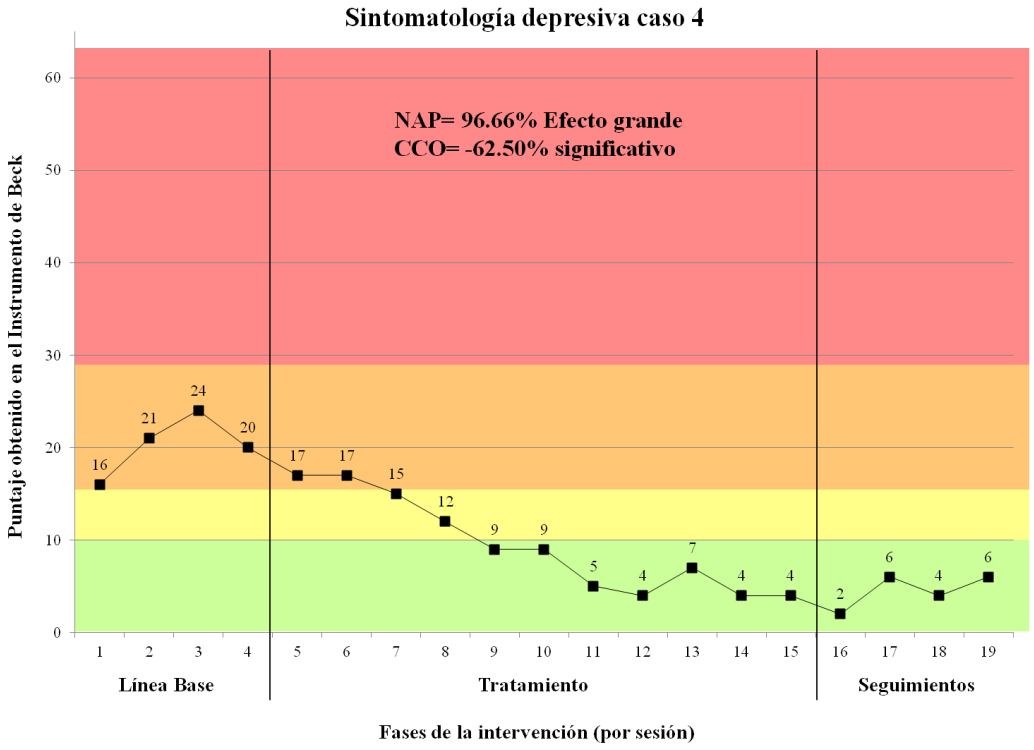
Tal como se muestra en la figura, el cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -74.29%.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado de sintomatología depresiva entre dieciséis y veinticuatro puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta logró disminuir en la sesión quince a cuatro puntos que representa un nivel mínimo. Durante los seguimientos se mantuvo en dicho nivel mínimo refiriendo "De verdad las cosas van bien, entre el trabajo y el diplomado estoy muy contenta si me canso, pero definitivamente no me siento triste como antes" (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-quince), la sintomatología fue en decremento de forma gradual en los puntajes de síntomas depresivos y no se observó un incremento o solapamiento (empeoramiento) en las puntuaciones de las sesiones como se muestra en la figura 76.

Figura 76. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 4).



Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 96.66% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -62.50%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances. Durante las sesiones el paciente refirió como motivos adicionales a la disminución del puntaje en el instrumento, mayor concentración al momento de presentar exámenes o proyectos finales escolares, mayor energía en el día para incorporar actividades como tocar guitarra, salir a tomar fotografía y retomar la caminata en el parque cercano a su casa, sensación de menor tristeza durante el día señalando "ahora pienso que no es la edad sino lo que hago para acercarme a lo que me motiva y a lo que quiero, me siento bien porque estoy trabajando en mí" (sic. pac.).

Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones moderadas-severas en los instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión nueve y once

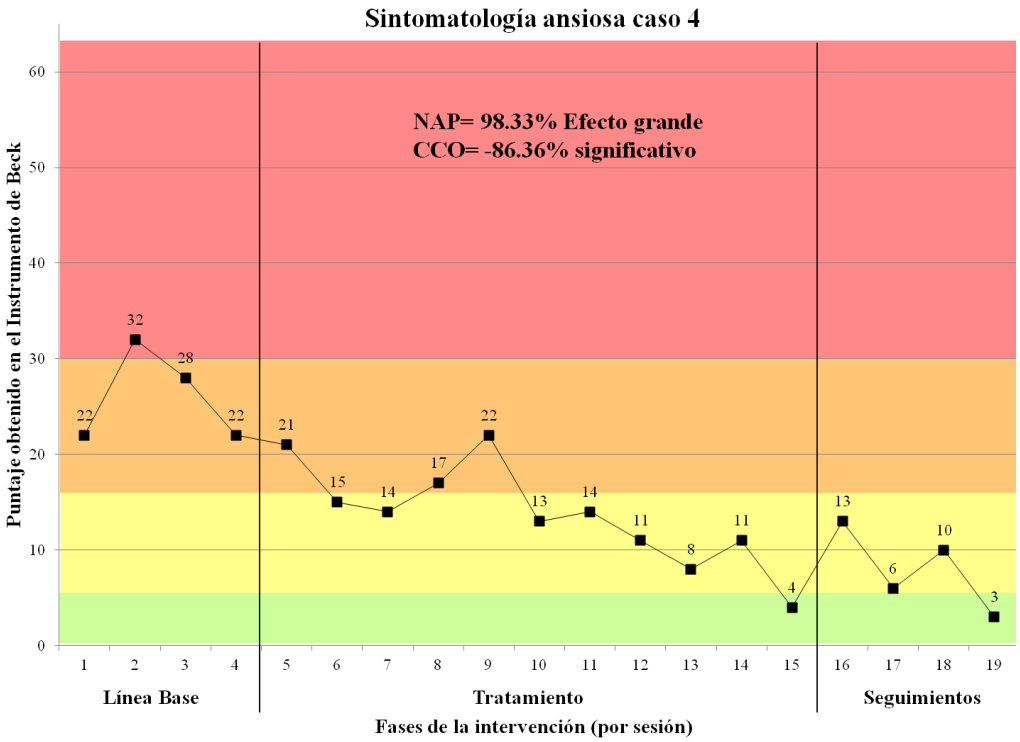
por coincidir con períodos de exámenes o fechas de fin de semestre en que presentaba exámenes extraordinarios y proyectos finales que elevaron el malestar afectivo, pero no con la misma intensidad que al inicio del tratamiento.

La paciente tras el tratamiento se fue con un nivel moderado en la sintomatología ansiosa (figura 77) y en los seguimientos fue de mínimo con cuatro puntos con un tiempo máximo de seis meses después de la intervención se realizaron cuatro seguimientos en que la sintomatología se mantuvo en un nivel mínimo-leve.

En el primer seguimiento al mes de concluir el tratamiento señaló un incremento de ansiedad esa semana por una separación temporal de sus padres, para el segundo mes disminuyó, para el tercer mes este nivel de sintomatología incrementó dado que la paciente recibió la aceptación para su primer empleo como becaria y para los seis meses que fue el último seguimiento la sintomatología se quedó en un nivel mínimo.

Se obtiene un tamaño de efecto grande con el 98.33% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -86.36% de reducción de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento

Figura 77. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 4).

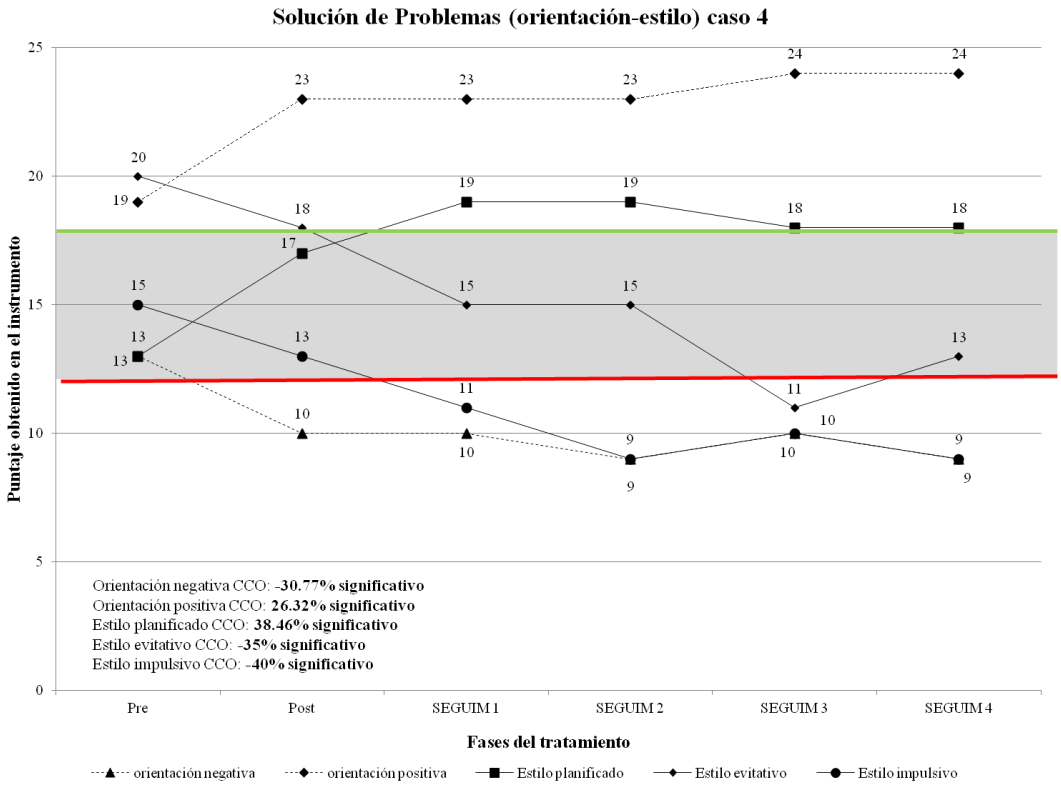


Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto), mostró una mayor orientación positiva viendo los problemas como retos pero que requieren un entrenamiento al ingresar con diecinueve puntos y finalizar con veinticuatro puntos y con un índice clínico significativo positivo al ser más frecuente en ejecución del 26.32%. y respecto a la orientación negativa o poco funcional pasó de trece puntos a nueve en el último seguimiento tras seis meses después del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -30.77%.

En cuanto a los estilos de solución de problemas, hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de quince a nueve puntos y un índice de cambio negativo significativo del -40% así como en el estilo evitativo pasando de veinte a trece puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -35%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo significativo de 38.46% dado que el paciente ingresó con trece puntos e incrementando a dieciocho puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 78).

Figura 78. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 4)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como el dolor abdominal, la ansiedad y los gases más que con el malestar reportado por los cambios de hábito intestinal en que refirió "el dolor va y viene y a veces con mi período menstrual incrementa, pero otras veces ya no entonces creo que sea uno de los síntomas que son más extraños para mí de predecir o entender" (sic. pac.).

Otros de los síntomas con mayor variabilidad fue la sensación de hinchazón para ello se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes para poder recibir un plan acorde a sus necesidades para lo cual se retomaron y aclararon dudas del plan alimenticio que recibió, así como de las preguntas a realizar con sus especialistas además del incremento de toma de agua natural. La paciente logró identificar mayor cantidad de gases e inflamación cuando "estoy mucho tiempo frente a la computadora o sin comer o cuando como vegetales como el brócoli o a veces la pizza por los condimentos" (sic).

En los síntomas registrados en los diarios, cuatro de ellos mostraron un tamaño de efecto medio (hinchazón, ansiedad, estreñimiento y gases), mientras que el dolor abdominal mostró un tamaño de efecto débil. Para tres síntomas como estreñimiento, gases y ansiedad se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Mientras que para el dolor abdominal reportado no fue significativo, de hecho, se mantuvo sin cambios acorde a los diarios y en el auto reporte de la paciente en los seguimientos se obtuvo que "me duele, pero es intermitente y hay veces que pienso que es algo normal y que seguro fue por la comida o el estrés y sigo, creo que no soy tan sugestionable al dolor por eso no es un problema ya" (sic. pac.)

En el síntoma de inflamación abdominal se obtuvo un índice positivo o de empeoramiento del 100% que se explica porque algunos muestreos coincidieron con el período menstrual de la paciente en que señalaba mayor cantidad de hinchazón y en que la percepción de la paciente se mantenía constante pero al indagar señalaba "es que por ejemplo, entiendo que son diferentes cosas pero para mí estar hinchada es igual a sentirme pesada o gorda o lenta no necesariamente que suba el tamaño de mi vientre con gas pero si tengo cualquiera de esa lo registro como qué tan intenso los tuve cualquiera de esos" (sic. pac.). Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 79 y 80).

Figura 79. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 4)

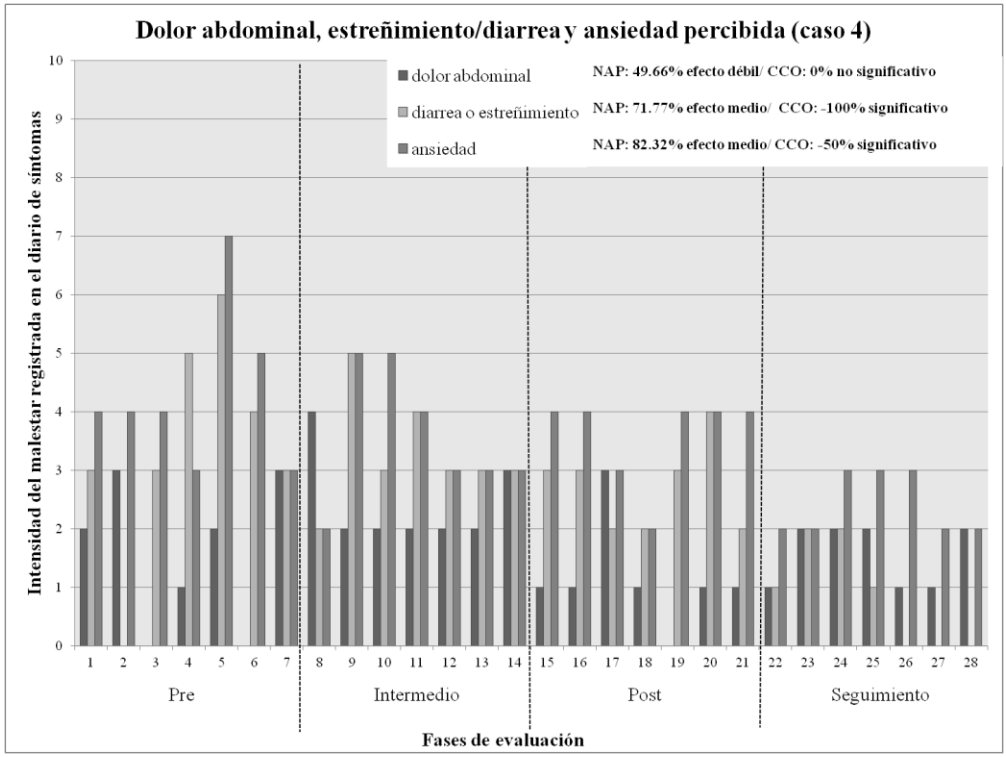
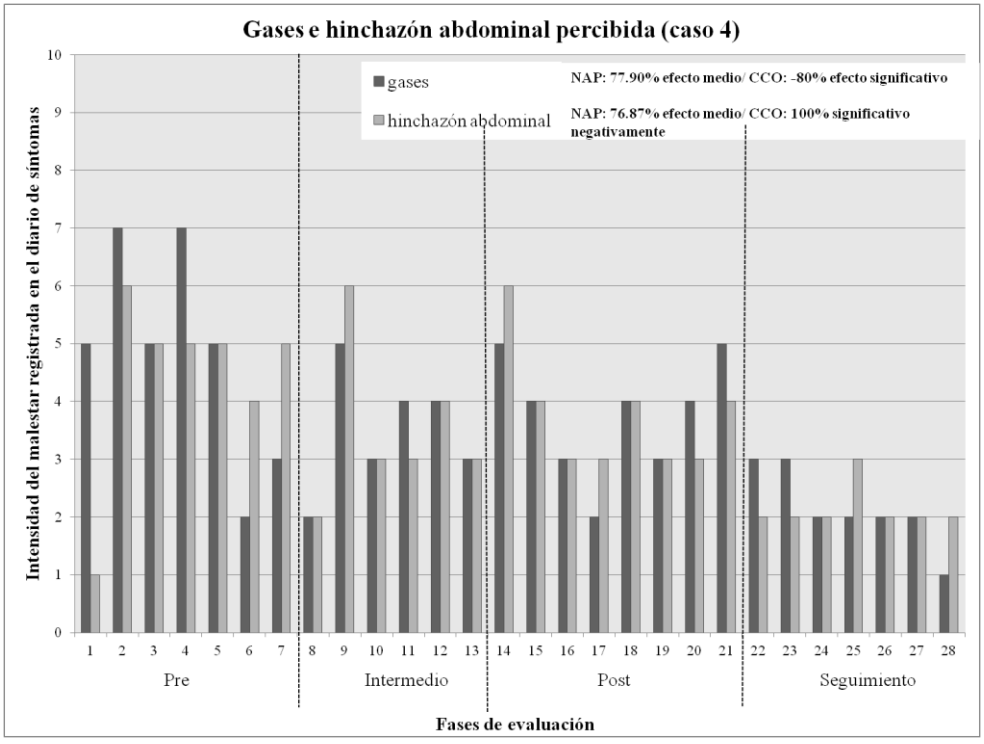


Figura 80. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 4)

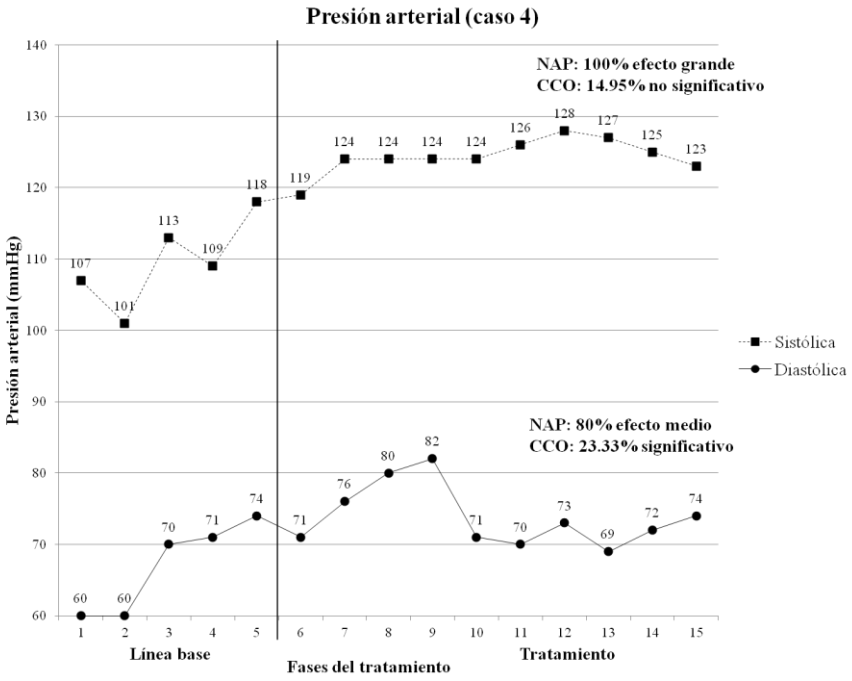


Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo a los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era incrementar y estabilizar estos valores al modificar sus horarios de sueño, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales.

Como se puede ver en la figura 81, el tamaño del efecto fue grande en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto medio en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivos, pero no significativos en la presión sistólica, pero si fueron significativos en la diastólica dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud, por ello estos no se pueden incrementar de forma indiscriminada. El reporte del médico previo al alta de la paciente del servicio psicológico fue que la presión arterial se había regulado dentro de los valores saludables además que se encontraba ganando masa muscular.

Figura 81. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 4)

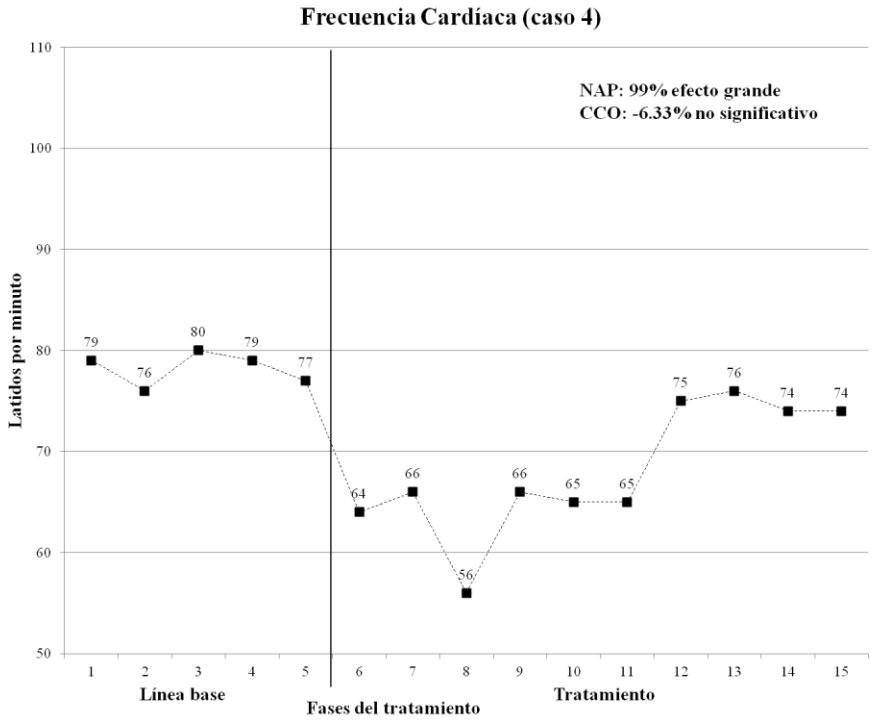


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre setenta y seis a ochenta, las cuales concluyeron en setenta y cuatro pulsaciones por minuto, el auto reporte del paciente fue “La taquicardia ya no me pasa, ahora uso mucho la respiración y de verdad me ayuda a sentir como tengo ese poder de regular a mi corazón y mi propia temperatura de verdad es mi estrategia favorita” (sic. pac.).

Se obtuvo un tamaño de efecto grande y un índice de cambio clínico no significativo negativo dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado (figura 82).

Figura 82. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 4)



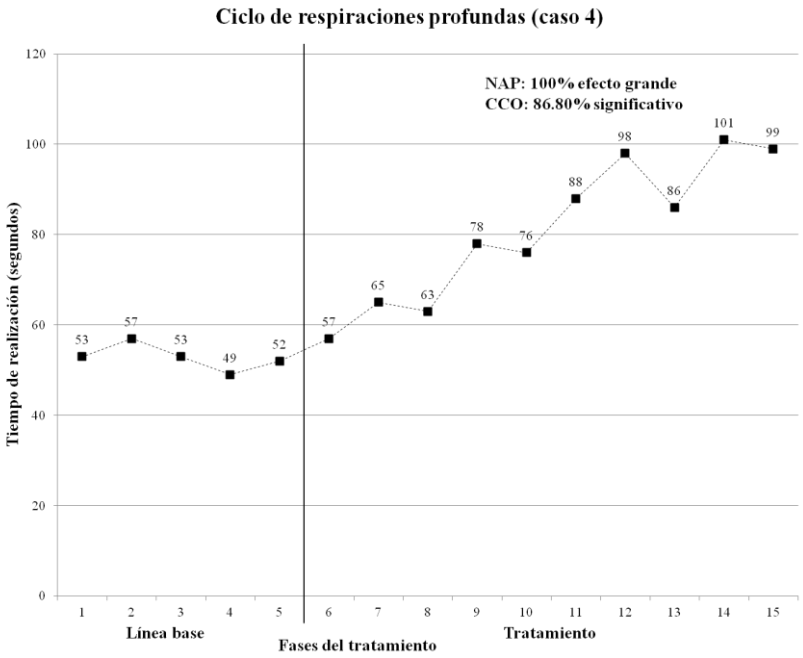
Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que

se realizara, se registró un máximo de cincuenta y siete segundos, en promedio 7.1 segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica obtuvo un tamaño de efecto grande con 100% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 86.80% (figura 83), llegando a ejecuciones de ciento un segundo con un tiempo promedio de 12.6 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carné de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 83. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 4)



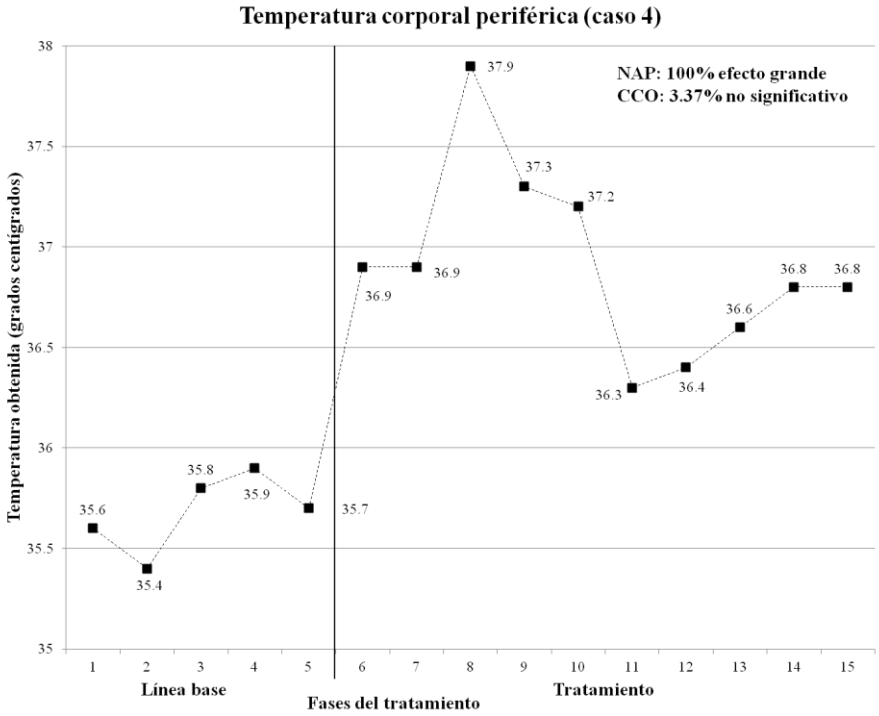
Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.4 a 35.9° centígrados y el auto reporte de "Siempre tengo las manos frías y muy temblorosas y cuando expongo o hablo con otros es peor siento que se me ponen rígidas" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.9° centígrados el cual mostraba variaciones pero incrementos a lo largo de las sesiones en que la paciente señalaba la ejecución de la estrategia en casa que llevó a generalizarla en el ámbito escolar y familiar ante las peleas, esta se retomaba sesión a

sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con 100% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 3.37% (ver figura 84).

Figura 84. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 4)

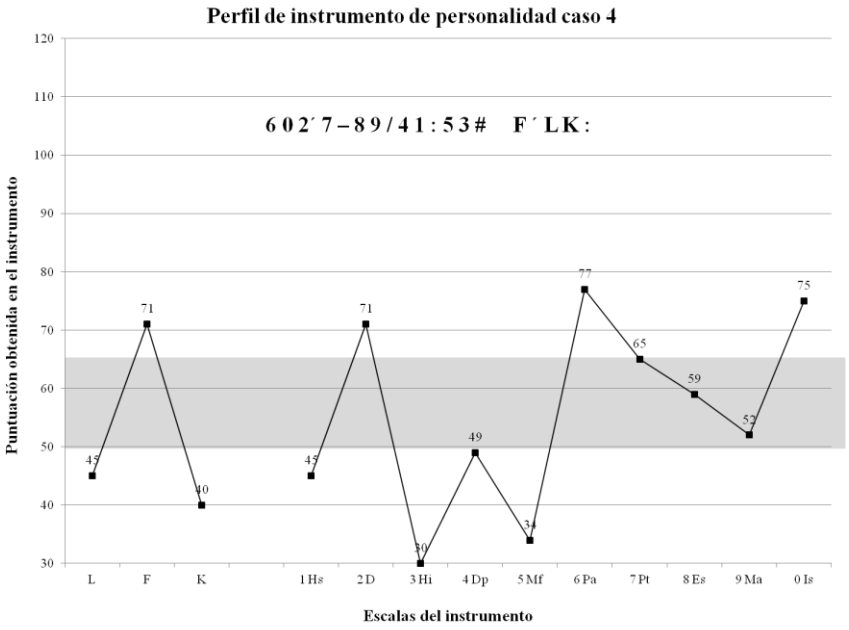


Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 85, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son personas susceptibles, se ofenden fácilmente y se cansan y deprimen rápidamente, existe una gran cantidad de ira dirigida junto con la fatiga y la depresión y tienden a inducir el rechazo de los demás además se presenta en personas agitadas y deprimidas que involucran a otros en sus problemas y suelen presentar numerosas quejas físicas y dependencia en sus relaciones sociales.

Figura 85. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 4)



Además de usar alcohol en exceso y tenían una alta frecuencia de problemas, suelen ser socialmente retraídas e introvertidas con una depresión leve pero crónica y caracterológica relacionada con malas relaciones humanas y habilidades sociales inadecuadas que generalmente estaban deprimidos e insatisfechos consigo mismos, eran inseguros y tenían cavilaciones obsesivas, quejas de déficit de memoria y falta de concentración. A pesar de estos problemas, estos pacientes generalmente tenían buenos antecedentes laborales-profesionales.

Suelen ser desconfiados, cautelosos y presentar sentimientos de inferioridad con respecto a alguna característica física, cognitiva y tienden a ser bastante paranoicos, aunque no muestran la fragmentación de los procesos de pensamiento que se observa típicamente con la esquizofrenia

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente decidió concluir la licenciatura de Ingeniería eléctrica a la par de comenzar estancias de becarios para poder comenzar a incursionar en el ámbito laboral, en el seguimiento a los dos meses ya se encontraba laborando para un hospital privado en el mantenimiento de los equipos médicos y refería sentirse “realizada al ver que, si puedo trabajar en algo que estudié, no es mucho pero ya sale para mis cosas” (sic. pac.).

Retomó la salida a ejecutar caminata por más de 40 minutos, cuatro veces a la semana en el parque cercano a su domicilio, así como salidas en bicicleta para retomar la fotografía que es uno de sus pasatiempos favorito. Además, retomó tocar guitarra y bajo el seguimiento de videos en línea comenzó a cocinar sus alimentos incluidos en el plan alimenticio que brindó su médico.

Los padres de la paciente se separaron unos días y al preguntar a la paciente al respecto, ella refirió "creo que en otro momento me hubiera tirado saberlo y hubiera sufrido mucho pero ahora pienso que al final son sus decisiones, ambos son mis padres y los amo y ellos me aman así que, si es mejor la separación para el bienestar de la familia, pero sobre todo de ellos adelante. Le ayudé a mi madre a hacer sus maletas y salimos por un té para decirle que la extrañaría pero que la apoyaba justo como lo practicamos y me di cuenta de que eso la alivió y también a mí, nunca expreso lo que pienso y hacerlo se siente tan bien que me gustó" (sic. pac.).

En cuanto a la ruptura de la relación, la paciente había bloqueado a su expareja para no verlo pero el día del examen profesional de este se trabajó el modelo de solución de problemas y la paciente señaló "decidir ir creo que fue lo mejor, a ambos nos gusta dibujar y yo le estaba haciendo un cómic bueno una historia ilustrada nuestra, la concluí y fui a su examen y se la regalé y quedamos como amigos porque estaba tan ansiosa y triste que había dejado de ver que él es mi amigo también y siento que ya cerré el ciclo" (sic. pac.). En el seguimiento a seis meses la paciente señaló estar en una relación con otro chico compañero del trabajo.

Otro logro importante para la paciente fue sacar cita en su servicio de salud mental de Ciudad Universitaria y cuando le dieron cita, el tratamiento iba en la sesión doce, tras acudir a su cita con el psiquiatra, esta recomendó no medicar dado que la intensidad de los síntomas era leve y la paciente mostraba recursos para hacer frente a las problemáticas cotidianas además de señalar como indicación continuar con el tratamiento psicológico.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Algunos rubros que la paciente refirió serían importantes para ella trabajar posteriormente era "lo que entiendo por amor y como me relaciono con mis parejas, no quiero repetir el patrón de mis padres en mis relaciones y creo que me gustaría más adelante poder fortalecer eso" (sic. pac.), tras el seguimiento de los seis meses después de haber concluido el tratamiento la paciente señaló no ver necesaria su instalación en psicoterapia dado que "lo que aprendimos me sigue ayudando en mi vida y ahora puedo decir sin dudar que soy una mejor versión física y mental de mí y estoy muy feliz con ello" (sic. pac.).

Caso 5.

Paciente femenina de 26 años, en unión libre, con orientación sexual definida por sí misma como heterosexual, estudiante irregular de Ingeniería Química en la Facultad de Química del Campus de Ciudad Universitaria, UNAM, hija única con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en 2018, vivía con su pareja. No fue canalizada de ninguna institución y no había tenido tratamientos psicológicos previos, sin embargo había visitado más de diez especialistas en el periodo de un año y medio para descartar diagnósticos como Gastroenteritis infecciosa, Colitis parasitaria, Quistes ováricos y problemas de Vesícula a los cuales salió negativo ante las pruebas pertinentes y con distintos tratamientos farmacológicos en ese lapso de antibióticos, analgésicos, lactobacilos, antiespasmódicos y desparasitantes y tras estudios de sangre, orina, coprológicos y ultrasonidos se descartan todos excepto, colon irritable post infeccioso. Sin embargo, presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico ante el seguimiento de su plan alimenticio o la toma de medicamentos.

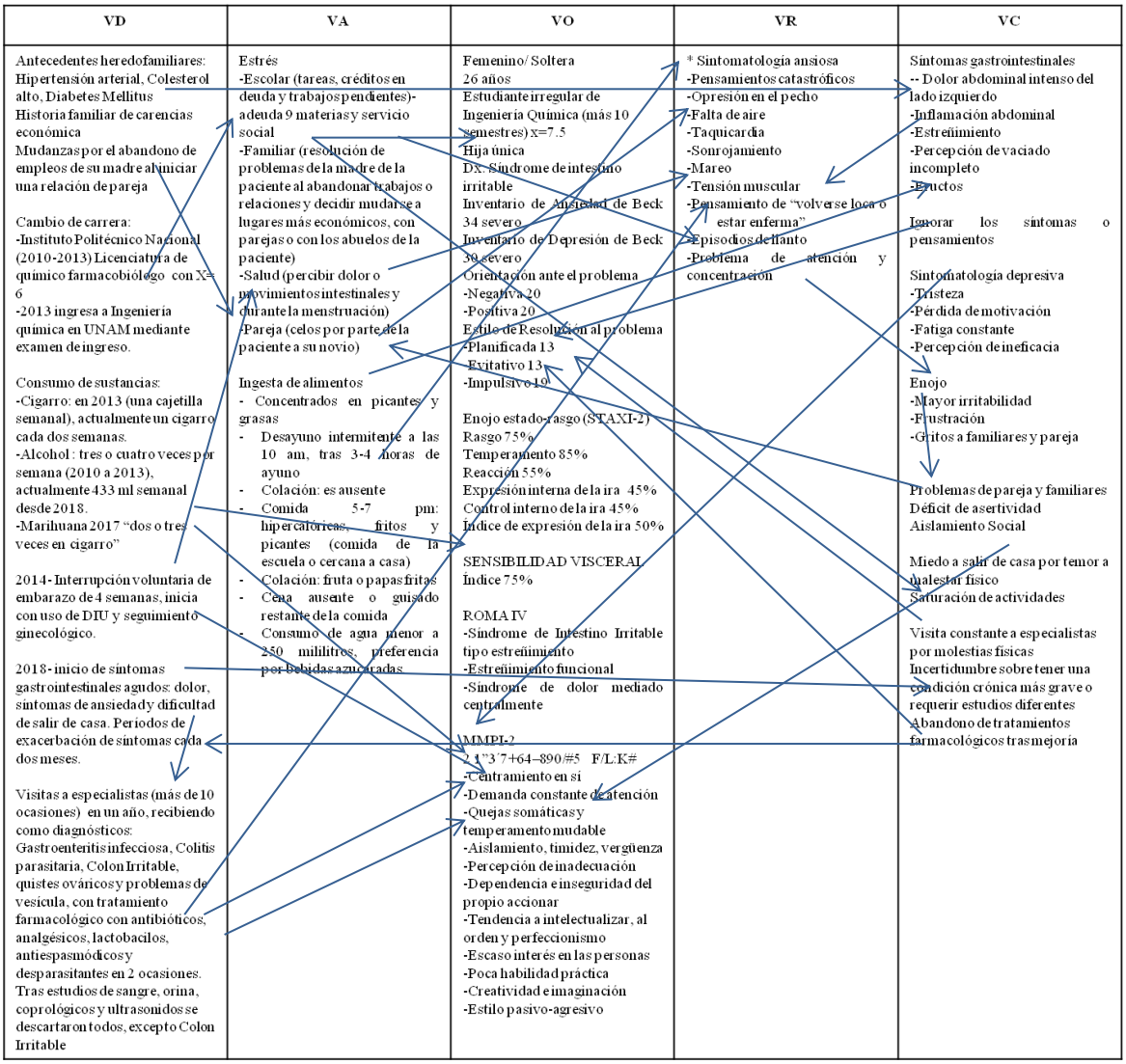
Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 86 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como “pensamientos de que estoy enferma o algo tengo y seguro no me lo niegan, opresión en el pecho, falta de aire al respirar, taquicardia, sonrojamiento en mejillas y manos, sensación de mareo y tensión muscular en hombros, mandíbula y estómago y pensamiento de que se va a volver loca o de que estoy enferma con tanta ansiedad y tengo episodios de llanto además no puedo poner atención y concentrarme en mis clases” (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes estresores escolares como el cursar los créditos en deuda (nueve materias), la realización de trabajos pendientes y el servicio social; problemas familiares respecto a los abandonos de trabajos de su madre y problemas económicos además de estresores de salud como percibir dolor o movimientos intestinales y durante la menstruación y problemas de pareja con celos por parte de la paciente a su novio.

En cuanto a su ingesta de alimentos, se encontró que suelen ser concentrados en picantes y grasas, el desayuno es intermitente a las 10 a.m. tras tres o cuatro horas de ayuno, la colación es ausente previa la comida y la comida suele ser hipercalórica con alimentos fritos o picantes, las colaciones en tarde suelen ser fruta o papas fritas y la cena es ausente o el guisado restante de la comida. Su consumo de agua es menor a 250 mililitros y tiene preferencia por bebidas azucaradas.

Figura 86. Mapa de Patogénesis del caso cinco, atendido en el protocolo.



Como consecuencias se exacerban los síntomas gastrointestinales: dolor abdominal intenso de lado izquierdo, inflamación abdominal, estreñimiento, la percepción de vaciado incompleto y eructos. Suele ignorar los síntomas y los pensamientos para evitar angustiarse más en ellos por lo que se satura de actividades en la semana para poder estar lo suficientemente ocupada. Esto exacerba la sintomatología depresiva con tristeza, pérdida de motivación, fatiga constante y percepción de ineficacia, además de enojo con mayor irritabilidad, frustración, gritos a familiares y pareja que mantiene los problemas de pareja y el aislamiento social por miedo a salir de casa y presentar dolor o mareo por lo que visita constantemente a especialistas por molestias físicas y suele tener incertidumbre sobre si es una condición crónica más grave o requiere estudios diferentes y abandona tratamientos farmacológicos tras la mejoría.

Menciona como hechos en su historia de vida antecedentes heredofamiliares de Hipertensión arterial, Colesterol alto, Diabetes Mellitus y problemas económicos en su infancia tras las mudanzas constantes y abandono de empleos de su madre al iniciar una relación de pareja, en promedio más de ocho mudanzas a lo largo de su vida.

Además de un cambio de carrera del Instituto Politécnico Nacional de la licenciatura de químico farmacobiólogo con un promedio de seis, estatus irregular y tres años cursados a la de ingeniería química en la UNAM mediante examen de ingreso, pero tras la sintomatología hay la incertidumbre de si abandonar o no la carrera. En cuanto al consumo de sustancias hay de tabaco en 2013 una cajetilla la semana y actualmente un cigarro cada dos semanas; alcohol tres o cuatro veces por semana de 2010 a 2013 y actualmente una lata de cerveza de 433 mililitros por semana desde 2018; marihuana en 2017, dos o tres veces el consumo en cigarro y en 2014 inician los síntomas gastrointestinales agudos como el dolor la ansiedad y la dificultad para salir a casa y los periodos de exacerbación cada dos meses lo cual la lleva los visitas con los especialistas además en ese mismo año tuvo una interrupción voluntaria de embarazo de cuatro semanas e inicia con uso de dispositivo intrauterino y seguimiento ginecológico intermitente.

Sensibilidad visceral.

La paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 70% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas de pareja y sus dudas sobre el plan académico-profesional (figura 87).

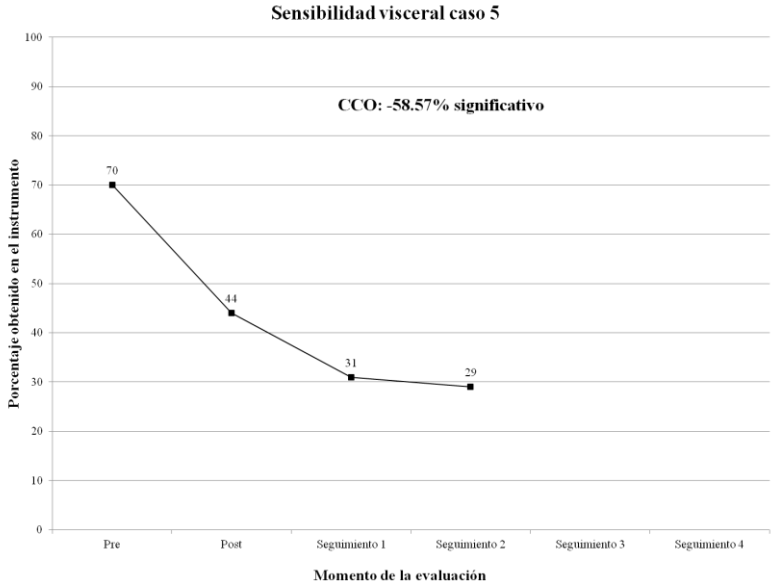
Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 44%, cuya disminución continuó en el primer seguimiento al mes con un 31%, al segundo seguimiento a los dos meses con un 29%, por tiempos de finalización del protocolo no se pudo hacer el seguimiento de tres y seis meses. El cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -58.57%.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado-severo de sintomatología depresiva entre veintiuno a treinta y dos puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta logró disminuir en la sesión catorce a diez puntos que representa un nivel leve. Durante los seguimientos

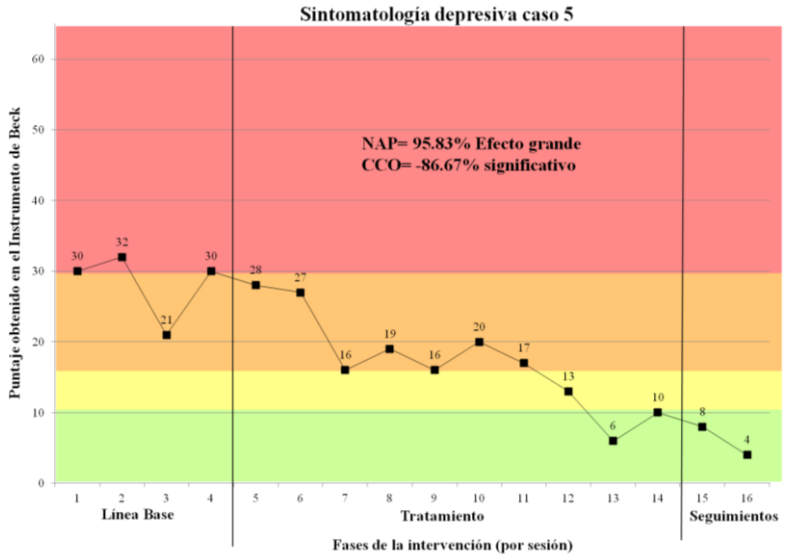
disminuyó a un nivel mínimo refiriendo “Creo que algo que me pone triste es no poder salir y eso lo extraño, pero en lo demás me siento muy bien” (sic. pac.).

Figura 87. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso 5)



Durante las mediciones de tratamiento (cinco-catorce), la semana ocho y diez los puntajes de síntomas depresivos se elevaron por situaciones como pelea con su madre porque le pidió dinero prestado a la paciente y no se lo devolvió y pelea con su pareja por mensajes de una amiga de él, sin embargo, no observó un incremento en las puntuaciones respecto a otras sesiones y no se mantuvieron en niveles constantes a las puntuaciones iniciales como se muestra en la figura 88.

Figura 88. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 5)



Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 95.83% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -86.67%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances. Durante las sesiones el paciente refirió como motivos adicionales a la disminución de su sintomatología depresiva como mayor concentración al momento de la lectura para tareas escolares, mayor energía en el día para incorporar actividades como tomar clases de danza árabe y cardio, así como reintegrar actividades de lectura de temáticas no relacionadas a la escuela.

Es importante señalar que el médico tratante prescribió como tratamiento Sertralina de 50 mg en la sesión doce del tratamiento psicológico, a poco antes de terminar el protocolo para apoyar los cambios conductuales del paciente y la mejoría de los síntomas gastrointestinales, con dosis de 1-0-0.

Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones moderada-severa en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión nueve, diez y trece por coincidir con períodos de exámenes extraordinarios y al enterarse que su madre había contraído COVID-19 moderado.

La paciente tras el tratamiento se fue con un nivel leve en la sintomatología ansiosa (figura 89) y en los seguimientos se mantuvo en un nivel leve con un tiempo máximo de dos meses después de la intervención, se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 72.92% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -76.47% de reducción de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

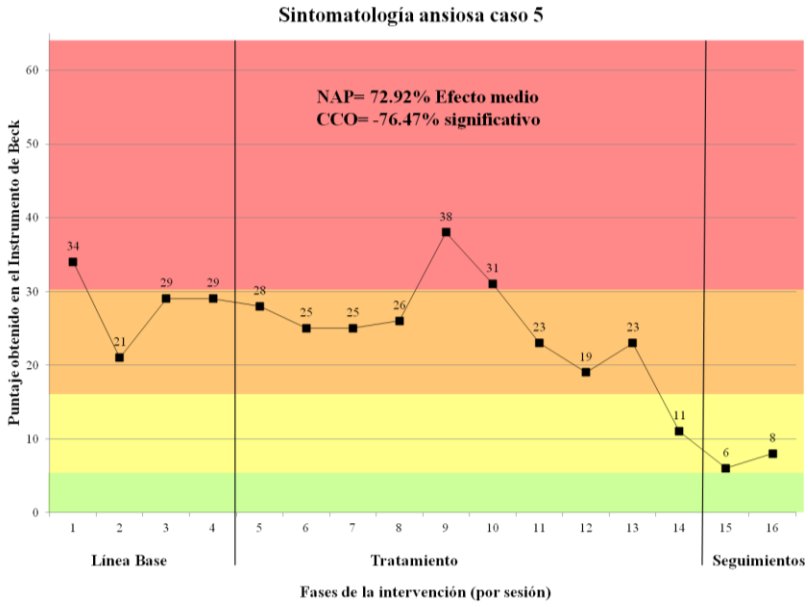
Es importante señalar que el médico tratante prescribió como tratamiento Clonazepam de 0.5 mg en la sesión doce del tratamiento psicológico, a poco antes de terminar el protocolo para apoyar los cambios conductuales del paciente y la mejoría de los síntomas gastrointestinales. Con dosis de ½-0-½.

Enojo.

Respecto al manejo del enojo se encontró que el paciente mejoró en el rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) pasando del 75% al 5% y con un índice clínico significativo negativo del -93.33%, en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) pasando del 85% al 10% y con un índice clínico significativo negativo del -88.24% así como en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación

negativa de los otros) pasando del 55% al 30% con un índice clínico de cambio del -45.45% como se muestra en la figura 90.

Figura 89. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 5)

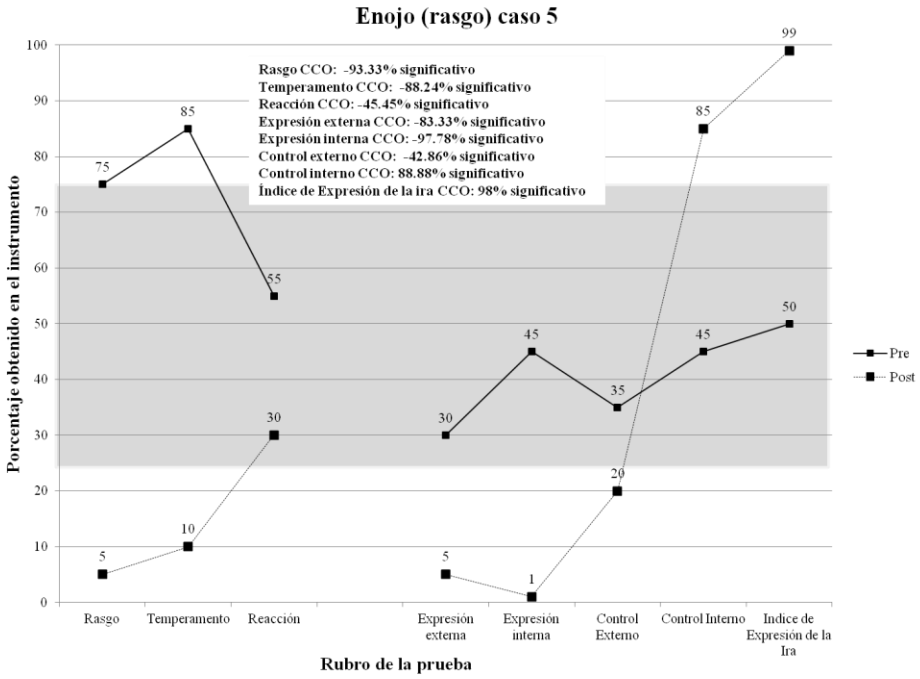


En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) pasó del 45% al 1% con un índice clínico significativo negativo del -97.78% con una mejoría en poder expresar su punto de vista y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) con una disminución del 30% al 5% y un índice clínico negativo significativo del -83.30%.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que incrementen posterior al tratamiento y se encontró un índice clínico positivo significativo en el control interno que pasó del 45% al 85% con un índice de cambio clínico de 88.88% y en el externo pasó del 35% al 20% con un índice clínico negativo (es decir empeoramiento) del -42.86% lo cual se relaciona con el reporte de la paciente "es que en realidad no tengo más opciones de donde enojarme porque todo ocurre en casa con mi pareja o familia por el confinamiento así que ante por ejemplo pensaba que no era el mejor lugar para enojarme pero ahora no hay eso" (sic. pac.).

Por último, se incrementó el índice general de la ira en que la paciente señaló como principal factor "estoy aprendiendo a identificar mi enojo y actuar diferente a antes y es difícil y hay días en que en serio me siento muy encerrada y me cansa estar en confinamiento, pero estoy aprendiendo eso siempre me digo" (sic. pac.) pasando del 45% al 90% con un índice clínico positivo significativo del 98%.

Figura 90. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 5)

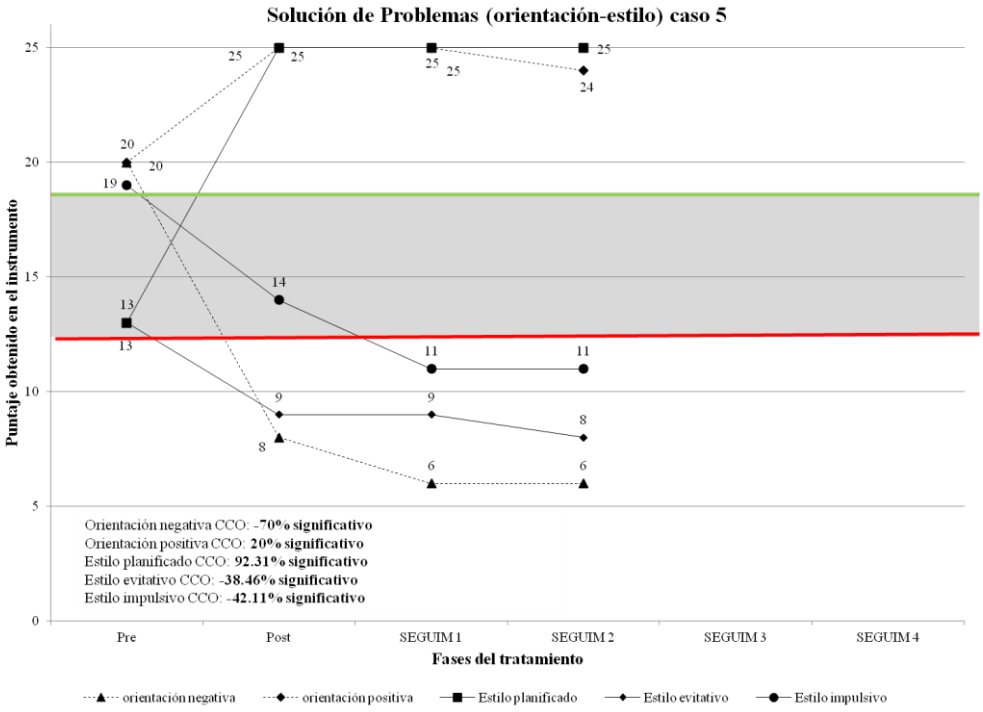


Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación negativa o poco funcional igual que la positiva o funcional al inicio del tratamiento. Respecto a la orientación negativa pasó de veinte puntos a seis en el último seguimiento tras dos meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -70%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con veinte puntos y finalizar con veinticuatro y con un índice clínico significativo positivo al ser más frecuente en ejecución del 20%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de diecinueve a once puntos y un índice de cambio negativo significativo del -42.11% así como en el estilo evitativo pasando de trece a ocho puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -38.46%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo significativo de 92.31% dado que el paciente ingresó con trece puntos e incrementando a veinticinco puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 91).

Figura 91. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 5)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como la ansiedad, los gases y la sensación de hinchazón abdominal más que con el malestar reportado por los cambios de hábito intestinal y dolor abdominal en que refirió “el que más me daba lata era el dolor, pero cuando este y poder ir al baño empezaron a bajar hasta que casi no me afecta ya, los otros se vuelven más tolerables” (sic. pac.).

Se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes e incremento de fibra y agua para los problemas de evacuación para poder recibir un plan acorde a sus necesidades para lo cual se retomaron y aclararon dudas del plan alimenticio que recibió, así como de las preguntas a realizar con su especialista.

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (dolor abdominal y estreñimiento) mientras que la ansiedad ante los síntomas gastrointestinales, los gases y la sensación de hinchazón abdominal mostraron un tamaño de efecto medio, sin embargo, para los cinco síntomas se obtuvo un índice de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura.

Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 92 y 93).

Figura 92. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 5)

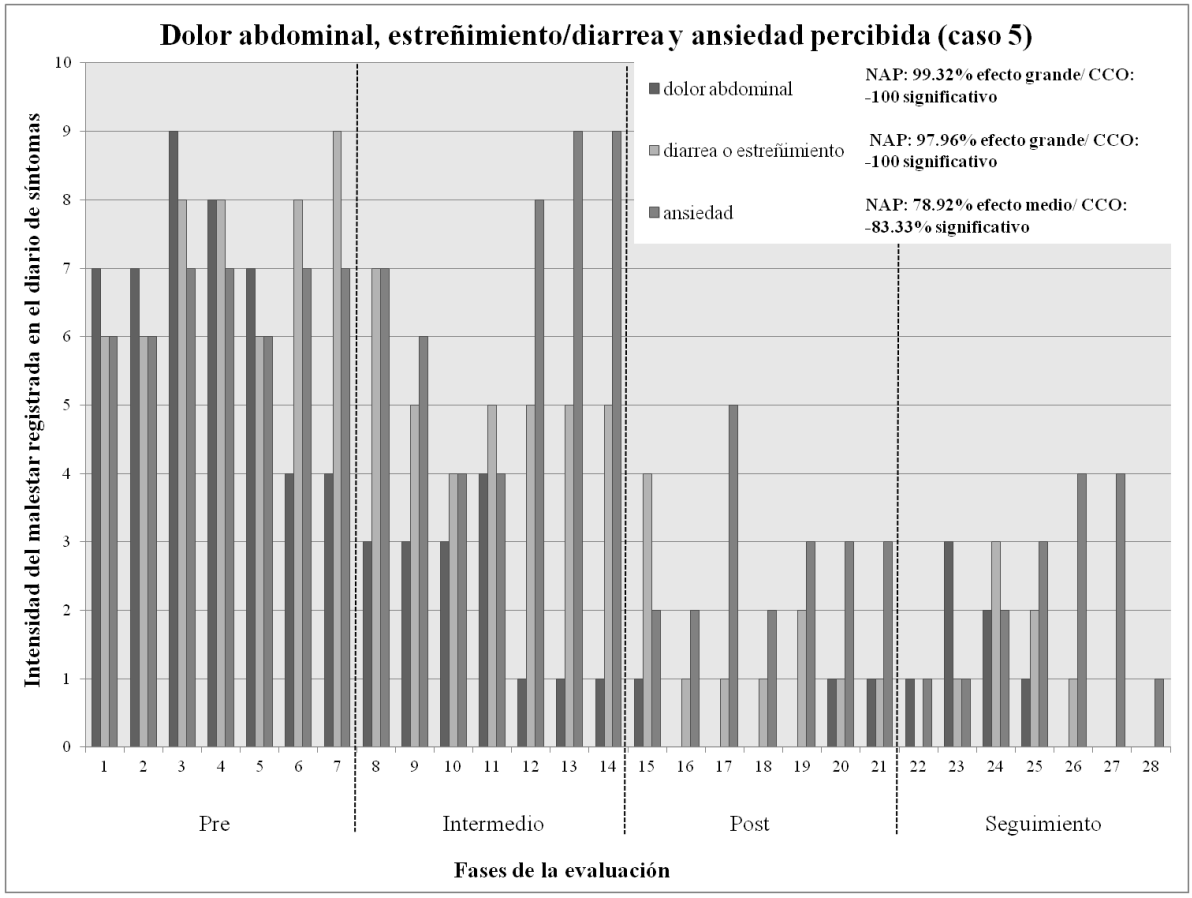
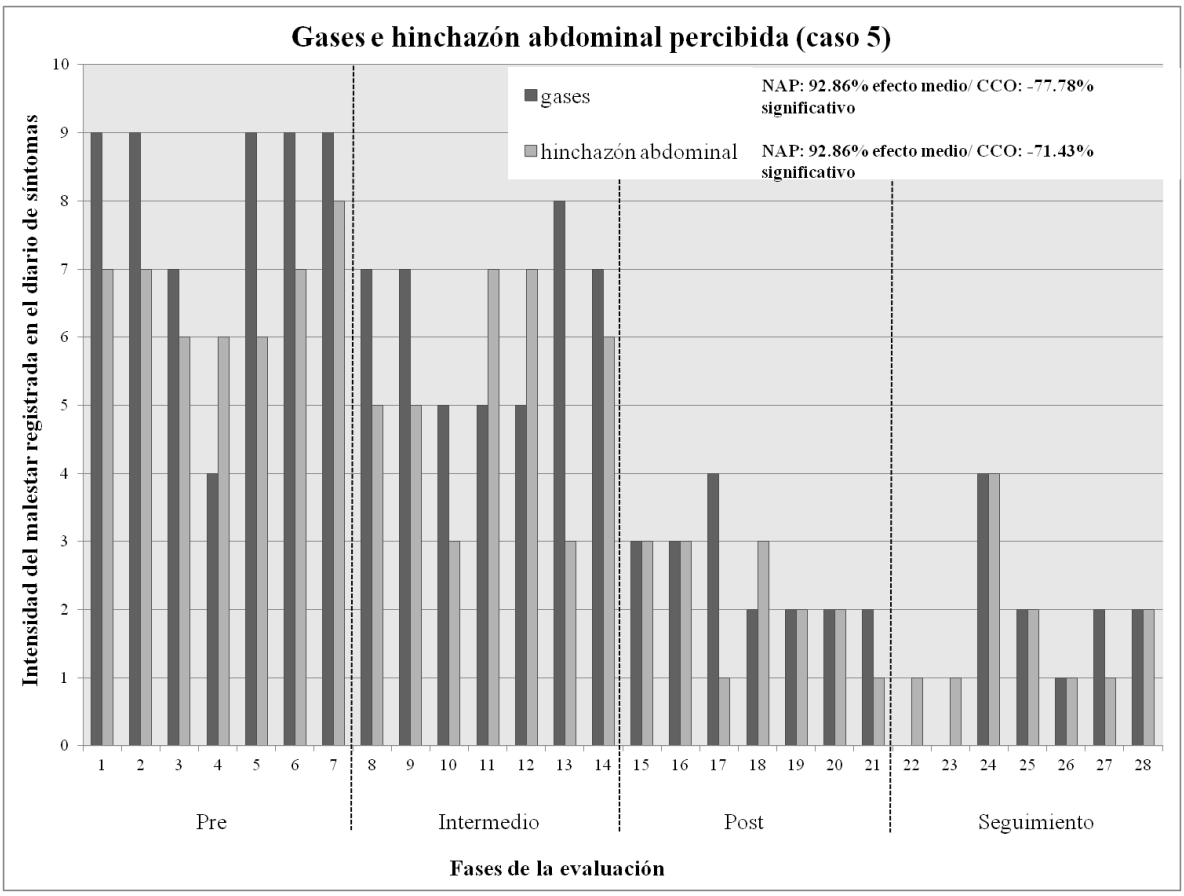


Figura 93. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 5)



Presión arterial.

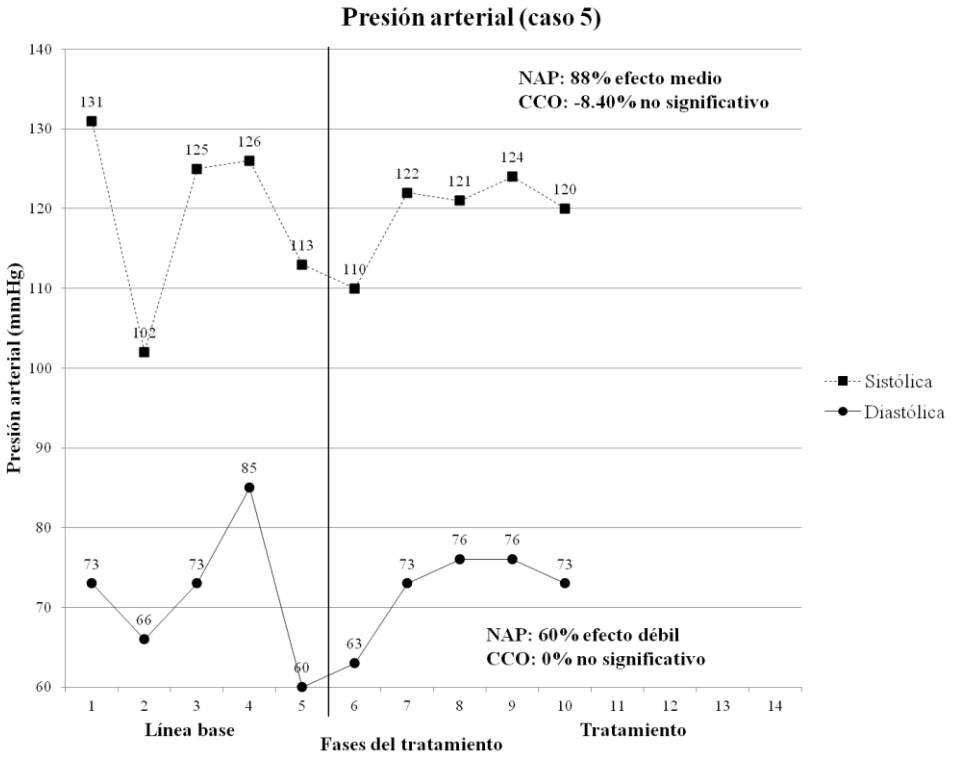
En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores cercanos a los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus horarios de sueño, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 94, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto débil en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo

estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico negativo en que se comenzó a regular la presión sistólica pero no significativo y para la presión diastólica no se obtuvieron cambios clínicos, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud, por ello estos no se pueden incrementar de forma indiscriminada y que las condiciones comparadas se quedaron previo al egreso de la paciente. El reporte del médico previo al alta del paciente del servicio psicológico fue que la cantidad de gas en el abdomen había reducido un total de 6 centímetros, una estabilidad en sus mediciones de presión arterial y glucosa en sangre además que se encontraba ganando masa muscular y disminuyendo grasa, tras dos meses de recibir su tratamiento farmacológico para ansiedad y depresión, así como su plan alimenticio redujo cuatro kilos en condiciones de confinamiento.

Figura 94. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 5)

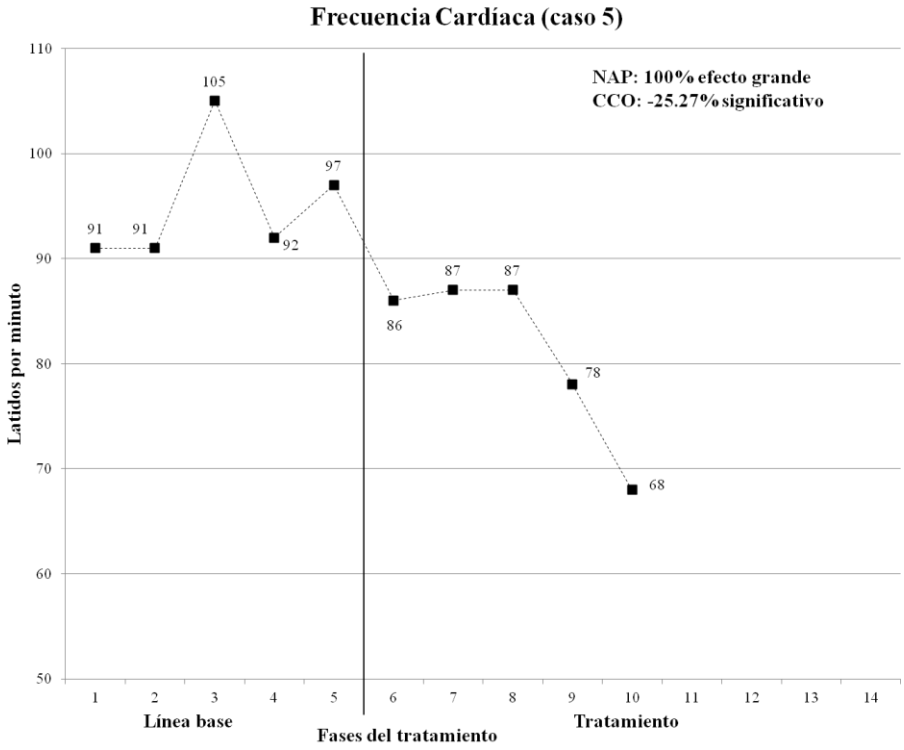


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre noventa y uno a ciento cinco, las cuales concluyeron en sesenta y ocho pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas, el auto reporte del paciente fue “Me gusta sentirme como ahora, estoy mucho más tranquila y en serio siento mucho el cambio en esa presión como si me estuvieran carrereando y ahora estoy más tranquila” (sic. pac.).

Se obtuvo un tamaño de efecto grande del 100% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -25.27 dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de esta paciente sus pulsaciones elevadas al inicio del protocolo requerían y se vieron más beneficiado de las estrategias por ello el cambio fue significativo (figura 95).

Figura 95. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 5)



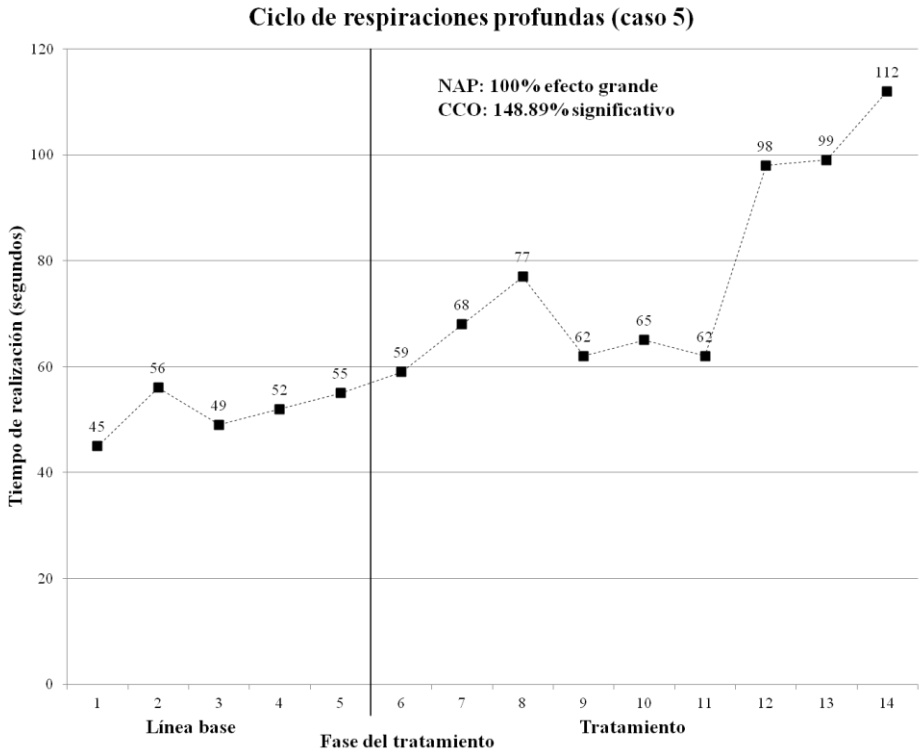
Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que se realizara, se registró un máximo de cincuenta y cinco segundos, en promedio 6.9 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "no me suelo a detener en observar mi respiración, es algo que sentía tan en automático y que sólo notaba cuando el dolor en el abdomen me rebasaba y me empezaba a doler el pecho" (sic).

Esta medida fisiológica se siguió tomando en modalidad video llamada y la observación de la ejecución de los tiempos de la paciente, en que obtuvo un tamaño de efecto grande con 100% y un

cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 148.89% (figura 96), llegando a ejecuciones de ciento doce segundos con un tiempo promedio de 14 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 96. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 5)



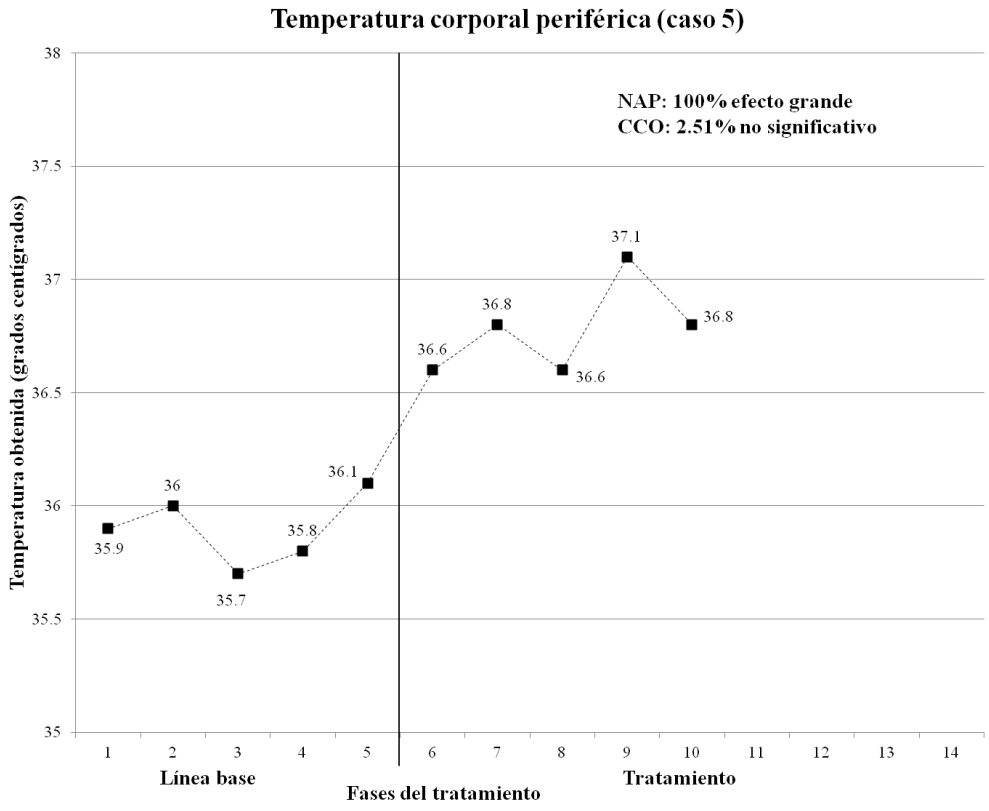
Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.7 a 36.1° centígrados y el auto reporte de "me da pena estar así de nerviosa por el dolor de estómago, algunos médicos me dicen que ya, que sólo es dolor de estómago funcional, pero eso sólo me pone más nerviosa y me siento peor, además cuando peleo con otros siento que todo recae en mi estómago, pero curiosamente me pongo fría de las manos" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.1° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin

embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la contingencia, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con 100% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 2.51% (ver figura 97).

Figura 97. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 5)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 98, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

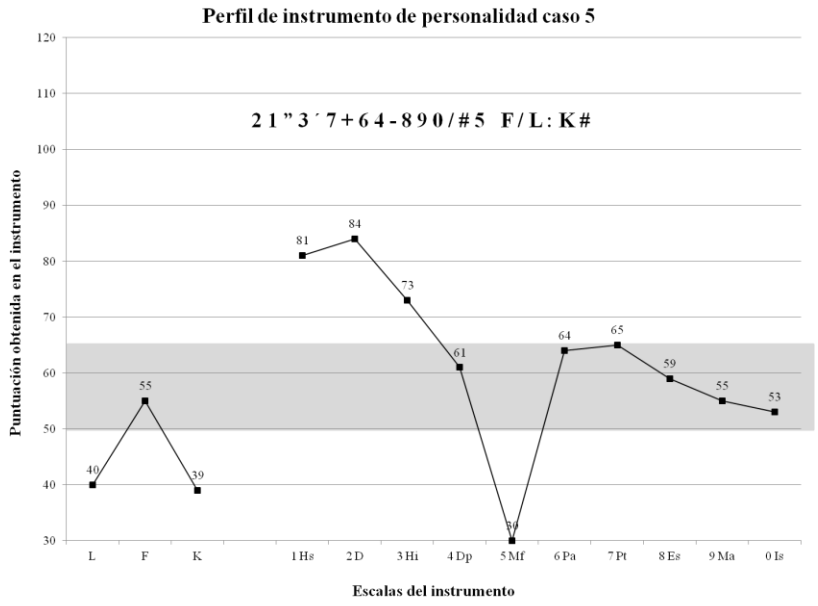
Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son nerviosismo, tensión, preocupación, tristeza, depresión, fatiga y cansancio, aunque no lleguen a presentar una ansiedad incapacitante si carecen de interés, iniciativa y participación en las situaciones de la vida. Tienen un

nivel disminuido de actividad física y suelen presentar trastornos gastrointestinales. Son pasivos, dóciles y dependientes. Se sienten insuficientes, inseguros y desamparados provocando en los demás el deseo de cuidarlos.

Muestran empuje, y buscan responsabilidades, pero temen colocarse en situaciones competitivas o de mayor presión. Sienten que no obtienen un reconocimiento adecuado por sus logros y los lastima cualquier tipo de crítica. Reprimen sus sentimientos no pudiendo expresarlos adecuadamente generalmente muestran una pérdida de iniciativa y pueden presentar un estado de ánimo deprimido. Evitan la participación social; se sienten incómodos con personas del sexo opuesto. La inadaptación sexual es común, incluyendo frigidez e impotencia.

Estos pacientes tienden a funcionar a un nivel reducido de eficiencia durante largos periodos y parecen tolerar gran cantidad de infelicidad y desarrollan síntomas físicos bajo estrés, debido a la incapacidad de manejar los estresores. Informan problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales. Tienden a "controlar" y son pasivo—agresivos, exhibiendo arranques de enojo ocasionales, guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo.

Figura 98. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 5)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente decidió concluir la licenciatura en Ingeniería Química, al construir el plan de objetivos profesionales-académicos y la búsqueda de alternativas de servicio social se integró a un laboratorio de conservación ambiental dentro de un proyecto financiado económicamente con lo cual encontró un lugar de conexión profesional y sustento económico. Sólo quedaron pendientes dos asignaturas de cubrir una vez finalizado el tratamiento, la paciente además refirió su interés en ingresar a un posgrado de la Facultad de Química para el 2022.

Además, los conflictos con la pareja y madre de la paciente disminuyeron en frecuencia de una vez por semana a una vez cada tres semanas. La paciente se quedó instalada en un servicio de salud mental y de nutrición para poder continuar su tratamiento farmacológico y dietético, tras el seguimiento dos meses después de s egreso refirió no considerar importante iniciar proceso de psicoterapia dado que "las estrategias que vimos me han ayudado y la verdad me siento cómoda ya en este confinamiento ya me adapté y estoy bien" (sic. pac.).

Aunado a ello la paciente no ha cambiado de médico durante los últimos tres meses y su equipo de atención ya sólo tiene a su médico bariatra y a su médico ginecólogo para las revisiones anuales.

La paciente sugirió a su pareja llevar su propio proceso de terapia psicológica "porque le digo es que yo me sentía como tú, así toda nerviosa y ansiosa y ahora soy más tranquila y de verdad noté el cambio y él también por eso se animó y está en terapia ahora y eso creo que ayuda también a que ambos no nos enganchemos como antes" (sic. pac.). Su adaptación al proceso de pandemia con la contención y disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, así como de enojo al estar mayor tiempo en casa con su pareja.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

La paciente presentaba inasistencias al inicio del tratamiento por dificultades en sus horarios o clases y durante dos meses no respondió los seguimientos, tras retomar el tratamiento señaló que tras las tres consultas previas notó que se repetía el patrón de abandono de tratamientos mencionado en sesión (duraba máximo una o dos consultas con sus médicos) y señaló "creo que quiero acabar uno por primera vez porque aunque fueron tres sesiones me sentí escuchada y me hizo sentir que por primera vez no me decían que sólo era mi estómago y no debía hacer drama casi casi" (sic. pac.), por lo cual trabajar con ella la relación terapéutica puede ser un reto importante.

Caso 6.

Paciente masculino de 34 años, soltero, quien se define a sí mismo como homosexual, con escolaridad de Pasante en la Facultad de ciencias políticas y sociales en la carrera de Relaciones internacionales, quien se encuentra desempleado y es el hijo menor de dos. Cuenta con un diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en 2018, sin embargo, presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico ante el seguimiento de su plan alimenticio o la toma de medicamentos y no ha acudido a realizarse chequeos con el urólogo y/o salud mental ante los niveles de ansiedad.

Mapa Clínico de Patogénesis.

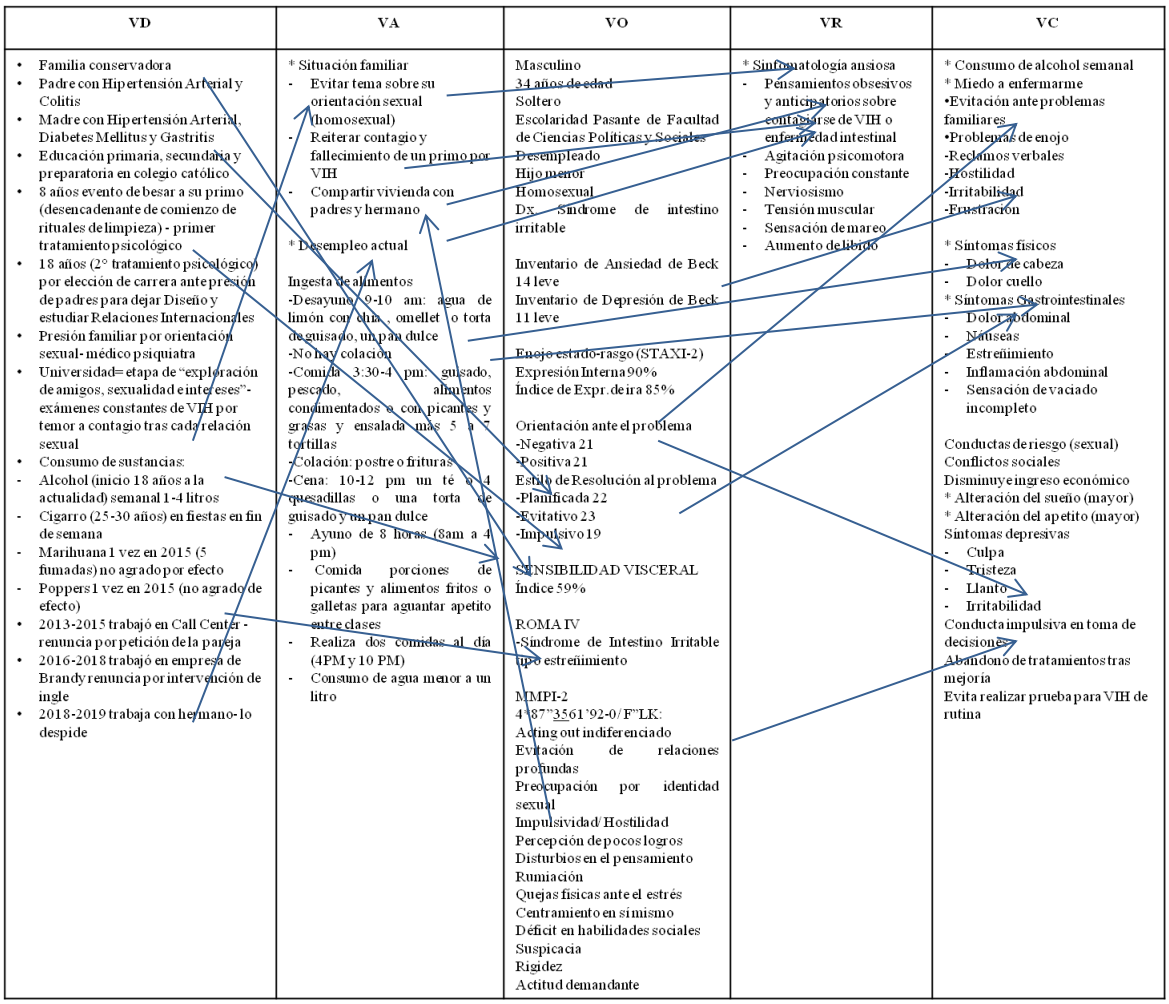
La figura 99 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "pensamientos obsesivos y todo el tiempo mi cabeza está llena de muchas ideas, ando pensando que algo malo va a pasar o me voy a contagiar de VIH o tal vez, esto que tengo del intestino nunca se me va a quitar y es más grave de lo que me dicen, me siento agitado o acelerado y me tengo que estar moviendo constantemente además me siento preocupado, nervioso y me duele mucho la espalda a veces también la cabeza, la mandíbula y me siento que me mareo y tengo mucho deseo sexual" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes estrés familiar como el que se evite hablar sobre su orientación sexual en casa, los comentarios de su madre al reiterarle que su primo falleció por VIH y por ser homosexual, compartir la vivienda con los padres y hermanos con un estilo tradicional y conservador y encontrarse en desempleo actual. En cuanto a la ingesta de alimentos el desayuno, la comida y la cena suelen ser comidas pesadas con altos niveles de picante y más de siete porciones de cereales, no hay colación entre el desayuno y la comida y la colación de la comida a la cena suelen ser alimentos fritos o galletas para "aguantar el hambre" (sic. pac.), además su consumo de agua es menor a un litro.

Esto le genera como consecuencia el consumo de alcohol semanal, miedo a enfermarse, evitación de problemas familiares al ceder a peticiones o realizar comentarios pasivo-agresivos, problemas de enojo con reclamos verbales, hostilidad, irritabilidad y frustración, dolor de cabeza, cuello y exacerbación de síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, estreñimiento, inflamación abdominal y sensación de vaciado incompleto). Además de conductas de riesgo con relaciones sexuales de riesgo, conflictos sociales y dificultades en el ingreso económico, alteración del sueño (mayor cansancio), alteración del apetito (mayor apetito) y síntomas depresivos (culpa, tristeza,

llanto, irritabilidad) y decisiones impulsivas y abandono de tratamientos tras mejoría y evitar realizarse pruebas de VIH de rutina.

Figura 99. Mapa de Patogénesis del caso seis, atendido en el protocolo.



Como variables en su historia de vida tenemos una familia conservadora y religiosa, con un padre con Hipertensión arterial, Colitis y sobreviviente de Cáncer de pulmón, su madre con Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Gastritis. El paciente tuvo una educación primaria, secundaria y preparatoria en colegio católico. A los 8 años besa a su primo lo cual lo menciona como el desencadenante del comienzo de rituales de limpieza en que tarda hasta 2 horas en bañarse y tras confesarlo a los padres lo llevaron a su primer tratamiento psicológico del cual no refiere tener recuerdos.

A los 18 años tiene un segundo tratamiento psicológico, por elección de carrera ante presión de los padres para dejar Diseño y estudiar Relaciones internacionales del cual refiere no tuvo éxito o avances, en dicho año por la presión familiar al confesar su orientación sexual lo llevan con el médico psiquiatra quién válida que esto no es un diagnóstico o trastorno sino una decisión.

Su ingreso a la universidad fue su "etapa de exploración de amigos, sexualidad e intereses" (sic. pac.) y se realiza exámenes de VIH tras cada relación sexual por temor a contagiarse, inicia su consumo de sustancias de alcohol a los 18 años (de uno a cuatro litros) y en la actualidad es semanal (un litro); tabaco de los 25 a los 30 años era diario y actualmente en fiestas cada fin de semana; marihuana una vez en 2015 con cinco fumadas en cigarro pero refiere que no le agradaron los efectos que tuvo con la aceleración del ritmo cardíaco; poppers en 2015 en que señaló que tampoco le agradó el efecto porque le dolió la cabeza.

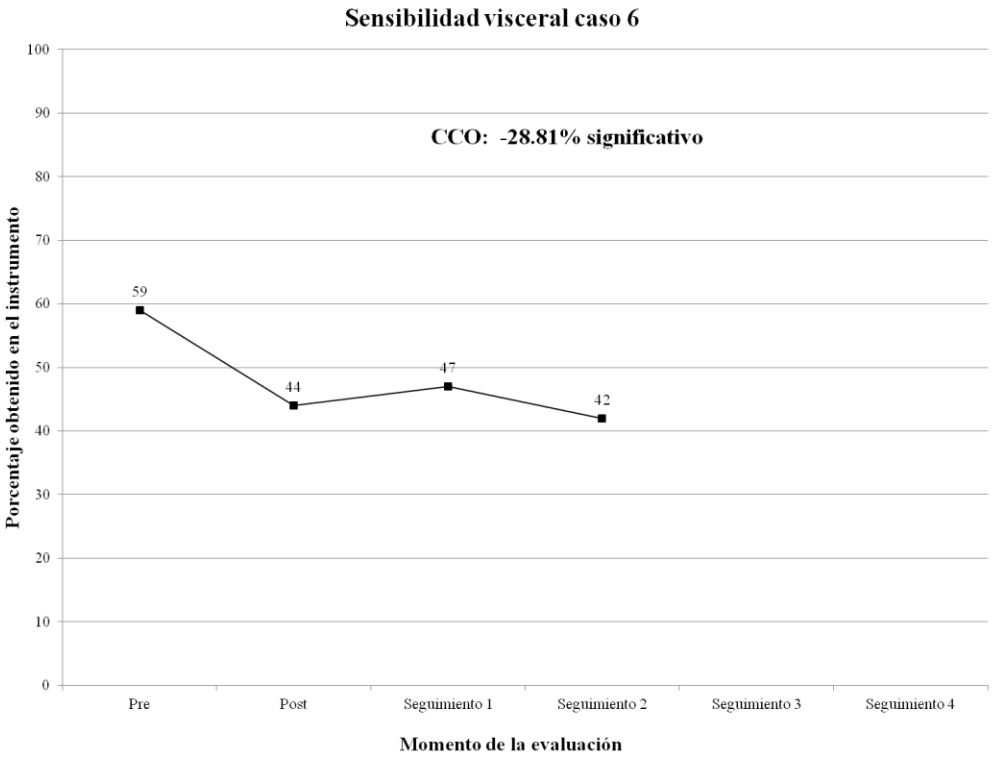
En términos laborales de 2013 a 2015 trabajó en un call center, pero renuncia porque su pareja le pide que busque otra opción, del 2016 al 2018 trabajó en una empresa de Brandy y renuncia por una intervención quirúrgica en la ingle y del 2018 al 2019 trabaja con su hermano, pero lo despide "porque dijo que era muy obvio y me la pasaba echando relajo y coqueteando por ser un homosexual" (sic. pac.).

Sensibilidad visceral.

El paciente inició previo al tratamiento con un porcentaje de 59% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas en casa por no aportar económicamente y su preferencia sexual (figura 100).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 44%, cuya puntuación incrementó en el primer seguimiento al mes con un 47% y se redujo al segundo seguimiento a los dos meses con un 42%, por tiempos de finalización del protocolo no se pudo hacer el seguimiento de tres y seis meses. El cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -28.81%.

Figura 100. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso seis)

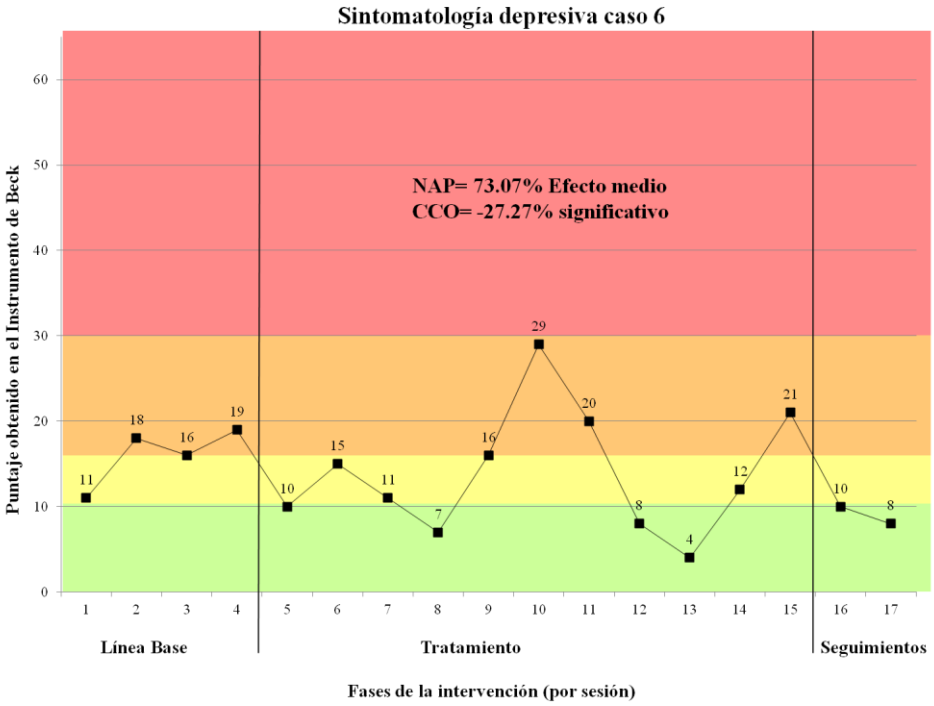


Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel leve-moderado de sintomatología depresiva entre once a diecinueve puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se mantuvo en veintiún puntos que representa un nivel moderado al finalizar. Durante los seguimientos disminuyó a un nivel mínimo-leve refiriendo que ya tenía cita para su valoración en salud mental "y esto más lo que aprendí en serio me ayuda a no sentirme tan mal" (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-catorce), la semana nueve a once los puntajes de síntomas depresivos se elevaron dado que el paciente durante el tratamiento enfrentó el regreso del cáncer en su padre, esta vez en el cerebro además del proceso de ser el apoyo emocional de su madre y familia al ser quien se encargaba de los trámites en el hospital para el tratamiento de su padre tras una caída y la notificación del posible Cáncer de su padre figura 101.

Figura 101. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 6)



Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 73.07% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -27.27%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Es importante señalar que el paciente fue derivado a psicoterapia externa para continuar su tratamiento ante la visita pendiente a salud mental, cuidado de la condición de salud de su padre y la continuación con sus trámites de titulación e ingreso económico.

Sintomatología ansiosa.

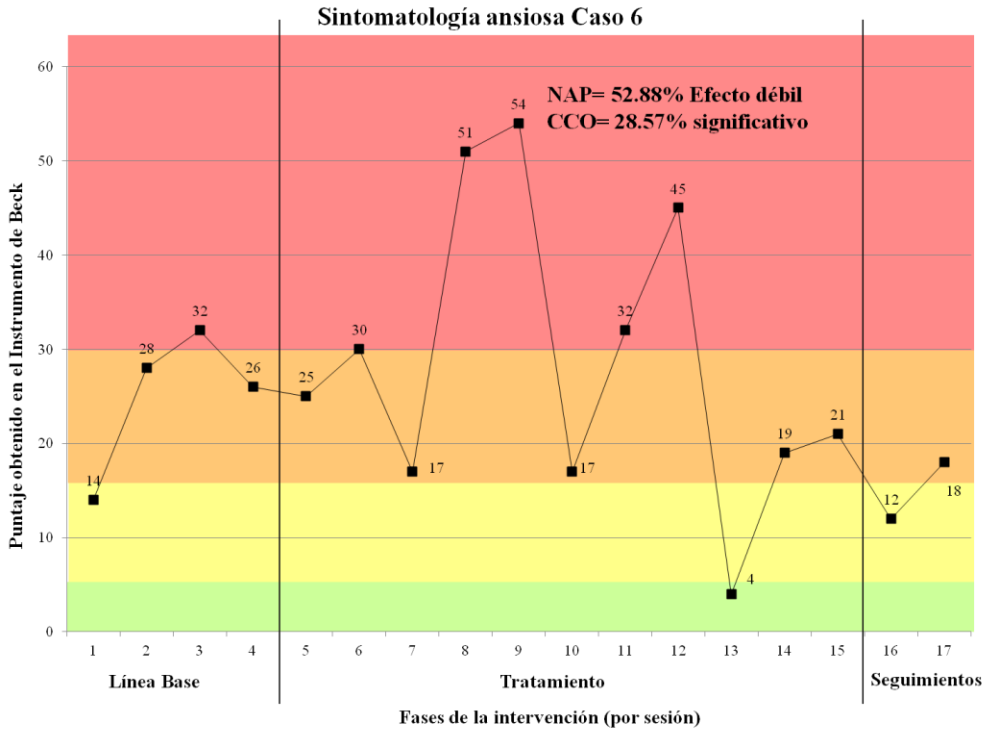
El paciente ingresó con puntuaciones leve-severos en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión seis, ocho, nueve, once, doce, catorce y quince ante recibir el diagnóstico de posible regreso del Cáncer en su padre en el cerebro , otro factor que exacerbó los niveles de sintomatología depresiva fue la abstinencia de alcohol durante dos meses y el encontrarse en confinamiento ante la pandemia COVID-19 que aplazó su cita en Salud mental para su valoración y las barreras en acudir a uno privado

El paciente tras el tratamiento se fue con un nivel moderado en la sintomatología ansiosa (figura 102) y en los seguimientos se mantuvo en un nivel leve-moderado con un tiempo máximo de dos meses después de la intervención, se obtuvo un tamaño de efecto débil con un 52.88% y un índice de cambio

clínico positivo significativo del 28.57% de incremento de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

Es importante señalar que el paciente fue derivado a psicoterapia externa para continuar su tratamiento ante la visita pendiente a salud mental, cuidado de la condición de salud de su padre y la continuación con sus trámites de titulación e ingreso económico y ante la devolución de resultados de este rubro el paciente señaló “noto que si he estado muy ansioso pero también sé que estoy en serio mucho más tranquilo porque sé que ya tenemos un plan elaborado y este tratamiento de verdad me ha ayudado en momentos en que sentí que no podría y no sé cómo habría enfrentado solo la verdad” (sic. pac.).

Figura 102. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 6)



Enojo.

Respecto al manejo del enojo se encontró que el paciente mejoró en el rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) pasando del 60% al 30% y con un índice clínico significativo negativo del -50% así como en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) pasando del 65% al 15% con un índice clínico de cambio del -76.92% como se muestra en la figura 103, mientras que en el de temperamento

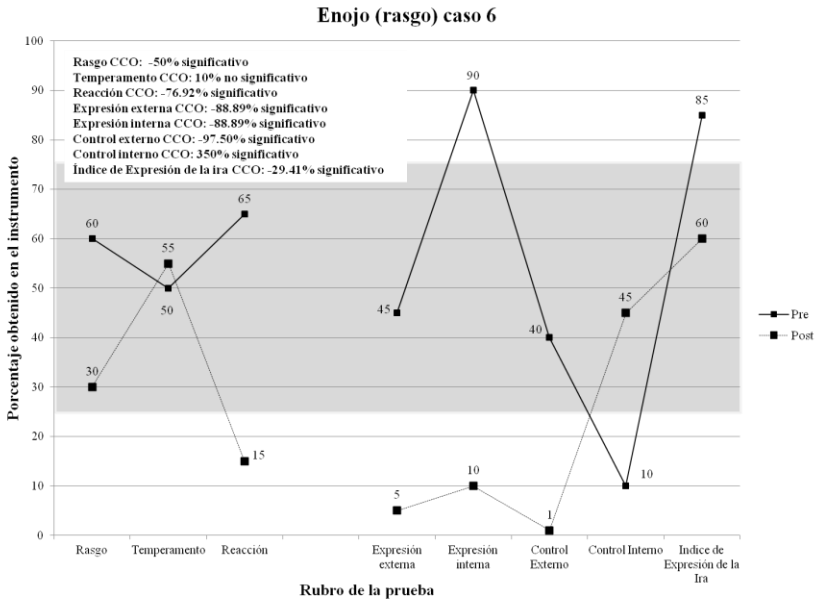
(expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) pasó del 50% al 55% y con un índice clínico no significativo positivo del 10% que se relacionaron con los niveles de ansiedad que incrementaban su irritabilidad al estar en confinamiento.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) pasó del 90% al 10% con un índice clínico significativo negativo del -88.89% con una mejoría en poder expresar su punto de vista y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) con una disminución del 45% al 5% y un índice clínico negativo significativo del -88.89%.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que incrementen posterior al tratamiento y se encontró un índice clínico positivo significativo en el control interno que pasó del 10% al 45% con un índice de cambio clínico de 350% y en el externo pasó del 40% al 1% con un índice clínico negativo (es decir empeoramiento) del -97.50% lo cual se relaciona con el reporte de la paciente "estar encerrado pues no me deja muchas opciones para poder expresarme en desacuerdo o mi opinión por ejemplo con mis amigos porque hace meses que no lo veo" (sic. pac.).

Por último, se disminuyó el índice general de la ira acorde a lo esperado reduciendo a su vez las consecuencias interpersonales y de salud pasando del 85% al 60% con un índice clínico positivo significativo del -29.41%.

Figura 103. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 6)

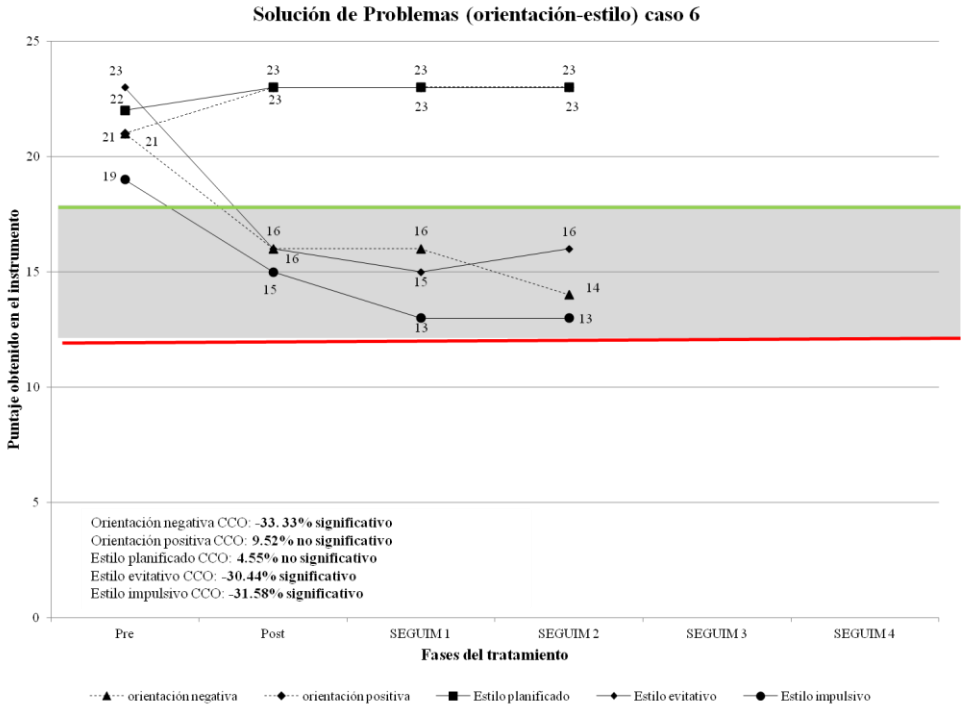


Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación negativa o poco funcional igual que la positiva o funcional al inicio del tratamiento. Respecto a la orientación negativa pasó de veintiún puntos a catorce en el último seguimiento tras dos meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -33.33%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con veintiún puntos y finalizar con veintitrés y con un índice clínico no significativo positivo dado que requiere mayor aplicación de la habilidad, se obtuvo un índice de 9.52%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de diecinueve a trece puntos y un índice de cambio negativo significativo del -31.58% así como en el estilo evitativo pasando de veintitrés a dieciséis puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -30.44%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo no significativo de 4.55% dado que el paciente ingresó con veintidós puntos e incrementó a veintitrés puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 104).

Figura 104. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 6)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas el paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como dolor abdominal, la ansiedad y el estreñimiento más que con el malestar reportado por los gases e hinchazón abdominal en que refirió "intento seguir las recomendaciones, pero me siento bien y lo vuelvo a dejar, creo que después de todo me da miedo mejorar porque si eso pasa entonces que tal que me confío" (sic. pac.).

Se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes e incremento de fibra y agua para los problemas de evacuación para poder recibir un plan acorde a sus necesidades para lo cual se aplazó dicha visita ante las condiciones de pandemia y los problemas económicos familiares ante la hospitalización de su padre.

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (gases e hinchazón abdominal) mientras que la ansiedad ante los síntomas gastrointestinales tuvo un efecto débil y el dolor abdominal y el estreñimiento un efecto medio, sin embargo, para el dolor abdominal, los gases y la hinchazón abdominal se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura.

Mientras que para la ansiedad ante síntomas gastrointestinal se observó un efecto significativo positivo con un incremento y en el estreñimiento no hubo un cambio clínico, este se mantuvo en promedio igual que al inicio, lo cual se relaciona con la falta de la participación del médico nutriólogo y psiquiatra dentro de su tratamiento, así como las condiciones contextuales de estrés del paciente. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 105 y 106).

Figura 105. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 6)

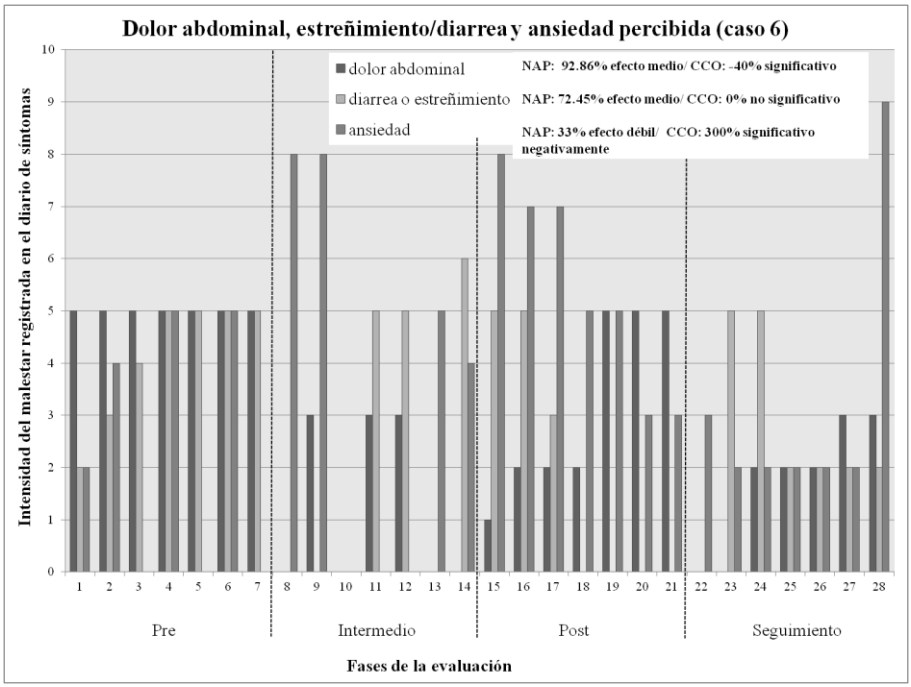
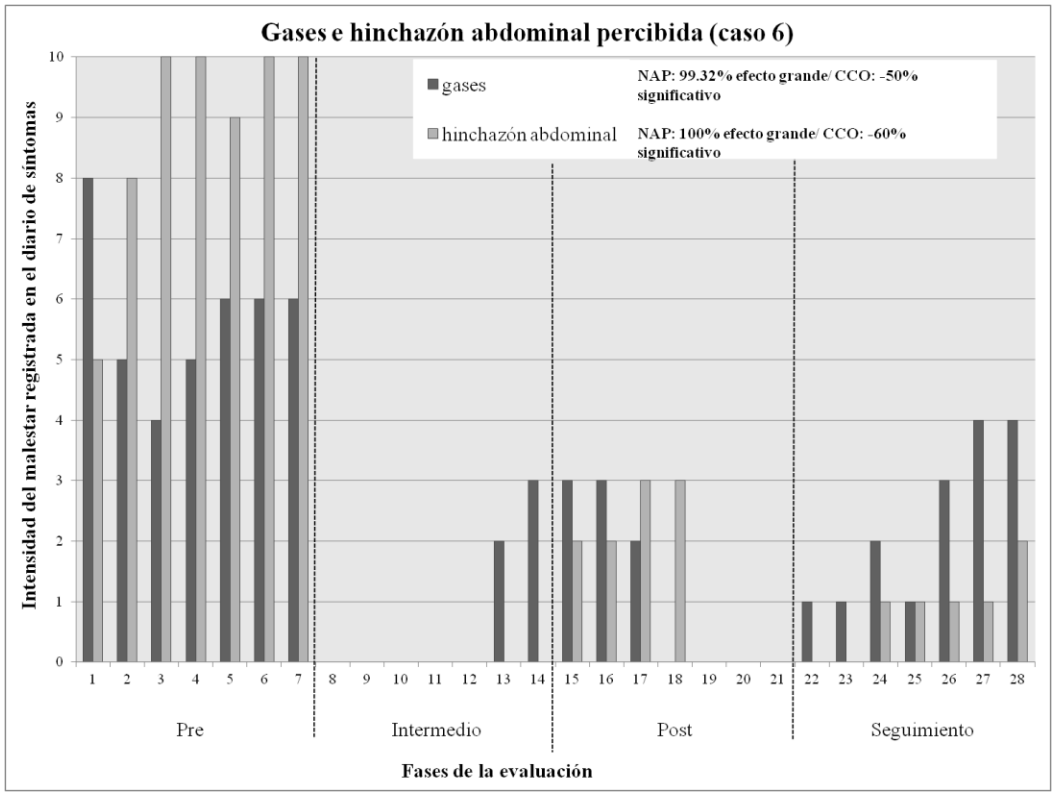


Figura 106. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 6)



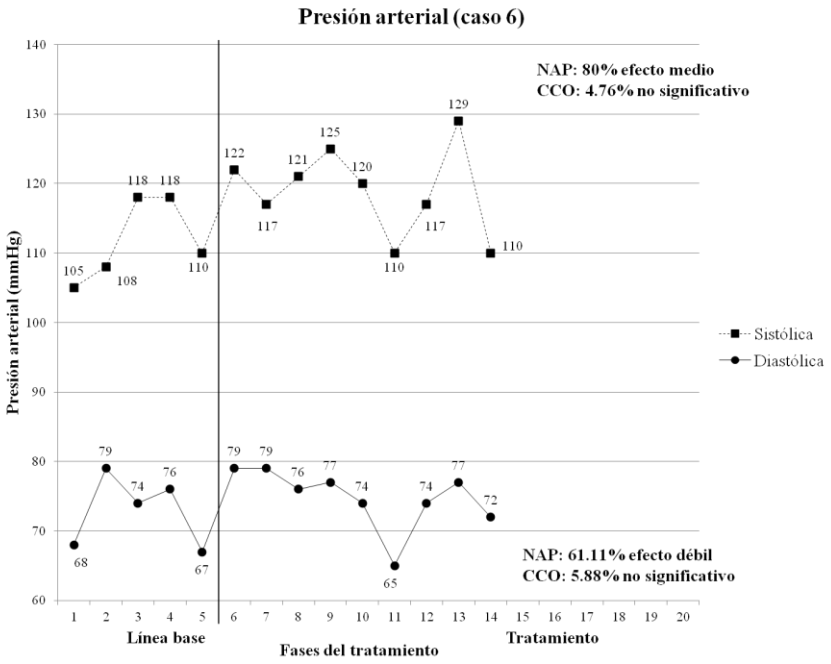
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores cercanos y por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus horarios de sueño, consumo de sustancias, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 107, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto débil en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en que se veía alterada la presión sistólica y diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud y estos valores son sensibles a las condiciones de estrés que la persona enfrenta.

Figura 107. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 6)

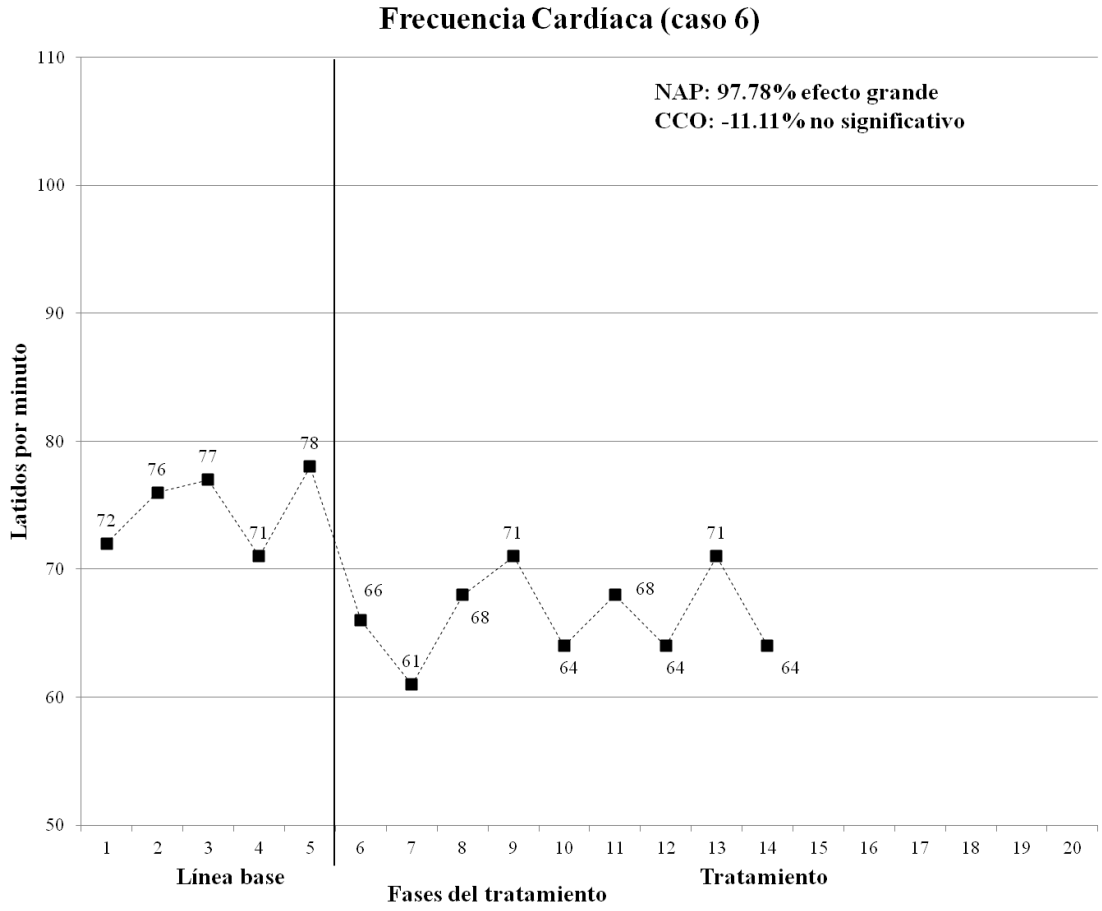


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre setenta y uno a setenta y ocho, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de sesenta y cuatro pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto grande del 97.78% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -11.11 dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones mostraban oscilaciones dadas las condiciones externas que estaba enfrentando (figura 108).

Figura 108. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 6)

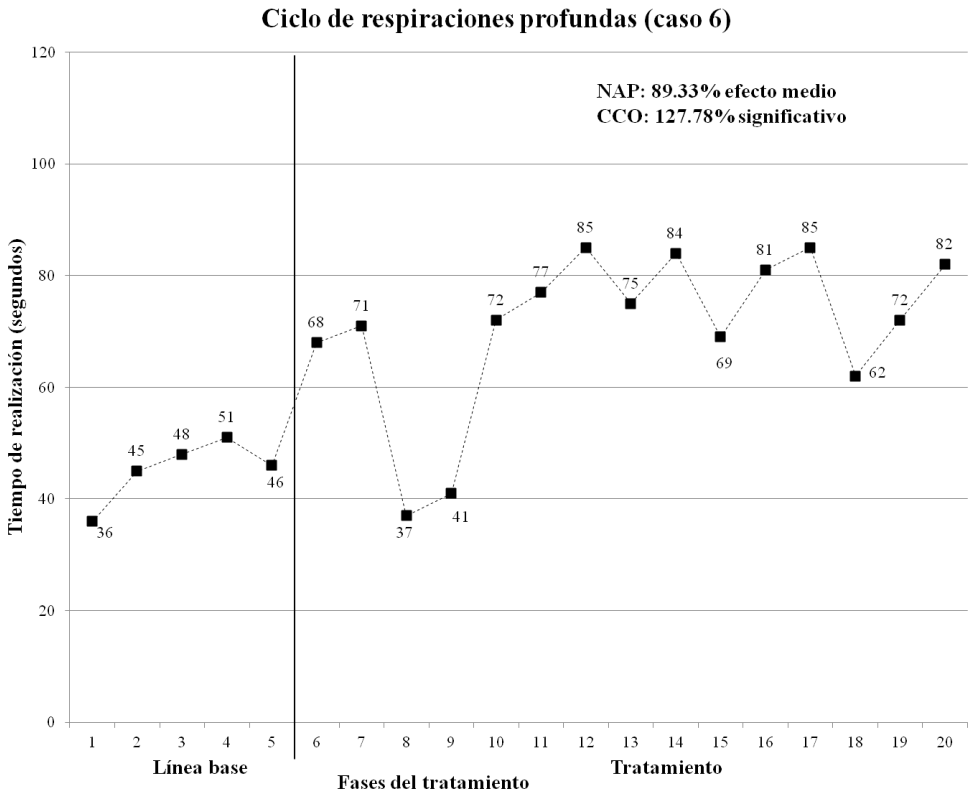


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que se realizara, se registró un máximo de cincuenta y un segundos, en promedio 6.4 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "me siento usualmente muy acelerado pero tomarme ese tiempo para respirar me ayuda mucho a poder desconectarme de ms ideas y parar toda esa revolución" (sic).

Esta medida fisiológica se siguió tomando en modalidad video llamada y la observación de la ejecución de los tiempos de la paciente, en que obtuvo un tamaño de efecto medio con 89.33% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 127.78% (figura 109), llegando a ejecuciones de ochenta y cinco segundos con un tiempo promedio de 10.6 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 109. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 6)

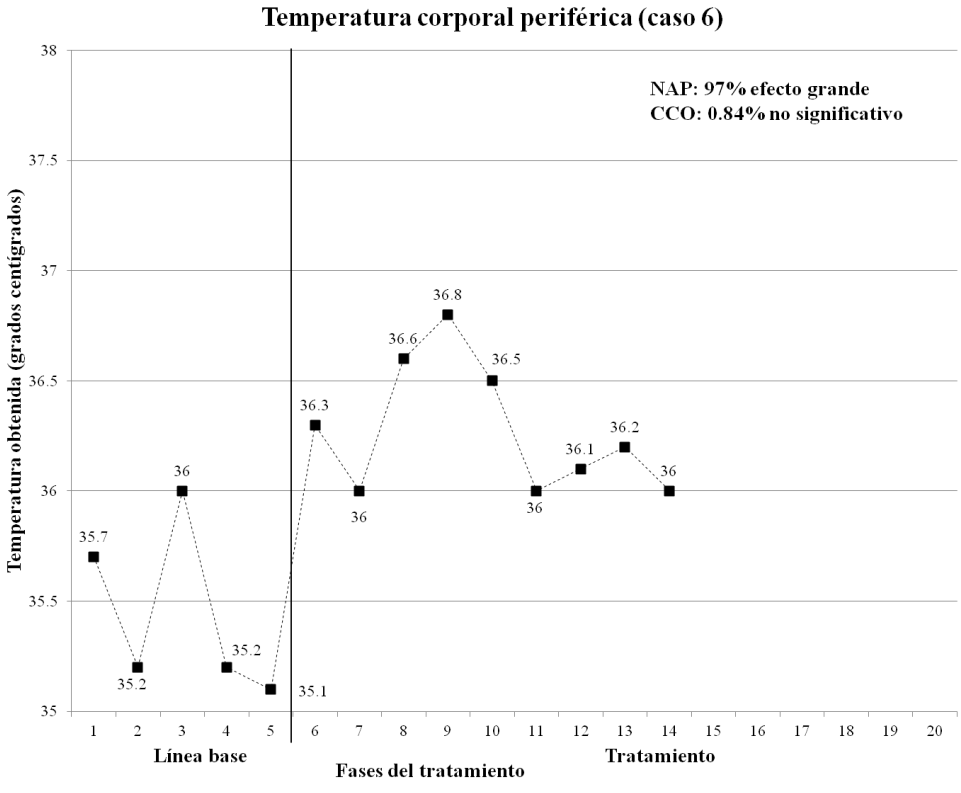


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.1 a 36° centígrados y el auto reporte de "siempre tengo un frío terrible en todo el cuerpo de verdad hasta me cuesta poder a veces escribir en el celular y mis manos más siempre son un hielo" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36.8° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la contingencia, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con 97% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 0.84% (ver figura 110).

Figura 110. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 6)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 110, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Las características que se asocian con la elevación de dichas escalas son periodos de gran insensibilidad acerca de las consecuencias de sus actos y la preocupación excesiva por los efectos de su conducta, con frecuencia tienen episodios de acting out, seguidos de culpa y autocensura temporales. Las características más frecuentes incluyen quejas somáticas vagas, tensión, fatiga, agotamiento, dependencia e inseguridad. Requieren que constantemente se reafirme su propia valía. En terapia responden de manera sintomática al apoyo y la reafirmación.

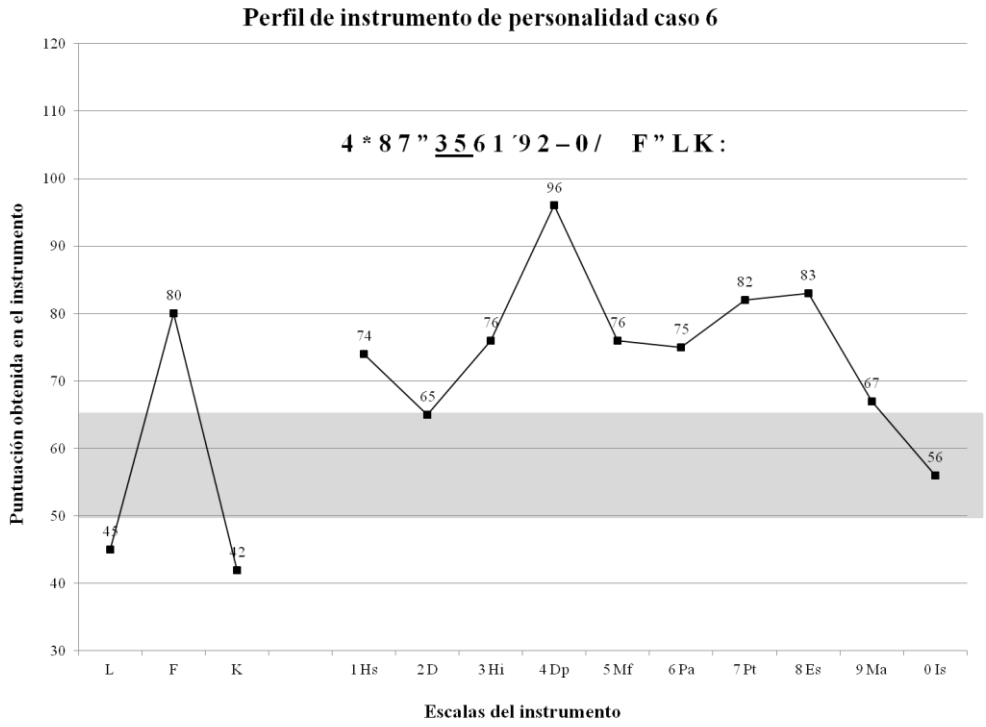
Estos pacientes no se adaptan a su ambiente, parecen extraños y peculiares, son poco conformistas, resentidos con la autoridad y experimentan problemas en su autocontrol. Son erráticos y difíciles de predecir, muestran enojo, irritación, resentimiento y a menudo beben de manera excesiva, muestran pocos logros, falta de responsabilidad y adaptación marginal y poseen profundos sentimientos de inseguridad, demandando exagerada atención y afecto. Son retraídos, aislados y propensos a considerar al mundo como amenazante y que los rechaza. Culpan a los demás de sus dificultades.

Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, obsesionándose con pensamientos de naturaleza sexual. Temen ser incapaces en su desempeño sexual y pueden participar en actos sexuales antisociales en un intento por demostrar que son adecuados, por lo general experimentan agitación y confusión y no dudan en admitir que tienen problemas psicológicos por lo cual se sienten deprimidos, preocupados, tensos y nerviosos. Pueden estar confundidos y presentar estados de pánico. Tienen capacidad de juicio deficiente y no suelen beneficiarse con la experiencia. Son introspectivos, ensimismados y sobre ideacionales. Es probable que presenten sentimientos crónicos de inseguridad, incapacidad, inferioridad e indecisión.

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente asignó roles de cuidado o como proveedores de suministros para el cuidado de su padre, para aprender a solicitar ayuda y manejo asertivo de los comentarios de familiares sobre su rol como cuidador, se realizaron ensayos conductuales para el manejo asertivo del conflicto con el hermano mayor ante las fiestas decembrinas.

Figura 111. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 6)



Se realizó el plan de acción (bosquejo) de los trámites pendientes para su titulación a lo que el paciente retomó el curso de inglés para acreditarlo e informó sobre las opciones de diplomados y modalidades de titulación en su facultad. Además de la realización de al menos seis entrevistas de trabajo que se vieron detenidas por la pandemia COVID-19.

Respecto a su salud, se quedó instalado en un servicio de psicoterapia que permitiera el abordaje con el paciente del plan de vida elaborado, así como de su proceso de abstinencia al alcohol y su cita en salud mental que estaba programada para dos meses después de su egreso del tratamiento del protocolo. El paciente se mantuvo cuatro meses (hasta el último seguimiento) sin consumo de alcohol dado que ante el confinamiento no salía con sus amigos con quienes consumía.

Previo a recibir el diagnóstico de salud del padre, el paciente acudió a su chequeo general urológico y a realizarse la prueba de VIH que representaba bajo sus palabras “la cosa que más me angustia porque si he tenido mucho sexo sin protección” (sic), la cual salió negativa y para el paciente “fue una carga menos porque me puse a pensar que en serio tengo que cuidarme en el área sexual y sobre todo en que no es adecuado estarme haciendo pruebas tampoco cada rato sino ser cuidadoso” (sic. pac.).

Los conflictos en casa ante el confinamiento disminuyeron de cinco veces a la semana a tres veces cada dos semanas, aunado a la identificación del paciente de “es que antes creo que me tomaba todo personal y sabía cómo darles o decirles lo que les dolía pero ahora pienso que todo se relaciona con trabajar y estar bien conmigo mismo para poder tener un estado de ánimo y una salud física buena y así avanzar en mi vida y con mis miedos porque de verdad moverme a hacer algo es mega difícil y suelo evitar y evitar y estos pequeños cambios para mí significan mucho en verdad” (sic. pac.).

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

El paciente presentó dificultades en mantener la ejecución de la respiración diagramática y la relajación muscular en casa a lo cual se retomó en más de tres ocasiones desde el principio con el paciente, se señalaba al paciente la importancia de la participación de salud mental y del papel del consumo de sustancias en su problemática y el paciente mostró resistencia a poder solicitar cita en ambos servicios.

Se organizó el bosquejo de poder reactivarse económicamente y en términos profesionales-laborales, pero se consideró pertinente derivar al paciente a un servicio de psicoterapia para que pudiera continuarlo además de la situación de salude de su padre.

Caso 7.

Paciente femenina de 45 años, en unión libre, quien se define a sí mismo como heterosexual, describe su ocupación como ama de casa sin embargo es quien administra el negocio familiar, con escolaridad de bachillerato concluido, es la hija menor de cinco hermanos. No fue referida ni derivada de ninguna institución, cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en 2019 presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico ante el seguimiento de su plan alimenticio y sus citas subsecuentes además presenta un tratamiento psicológico previo en 1998 que le permitió una mejora en el estado emocional.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 112 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como "tengo problemas de memoria y concentración, culpa, fatiga, estoy más de malas y tengo insomnio, me siento triste, me cuesta poner atención y a veces no me da hambre además que suelo llorar frecuentemente" (sic. pac.).

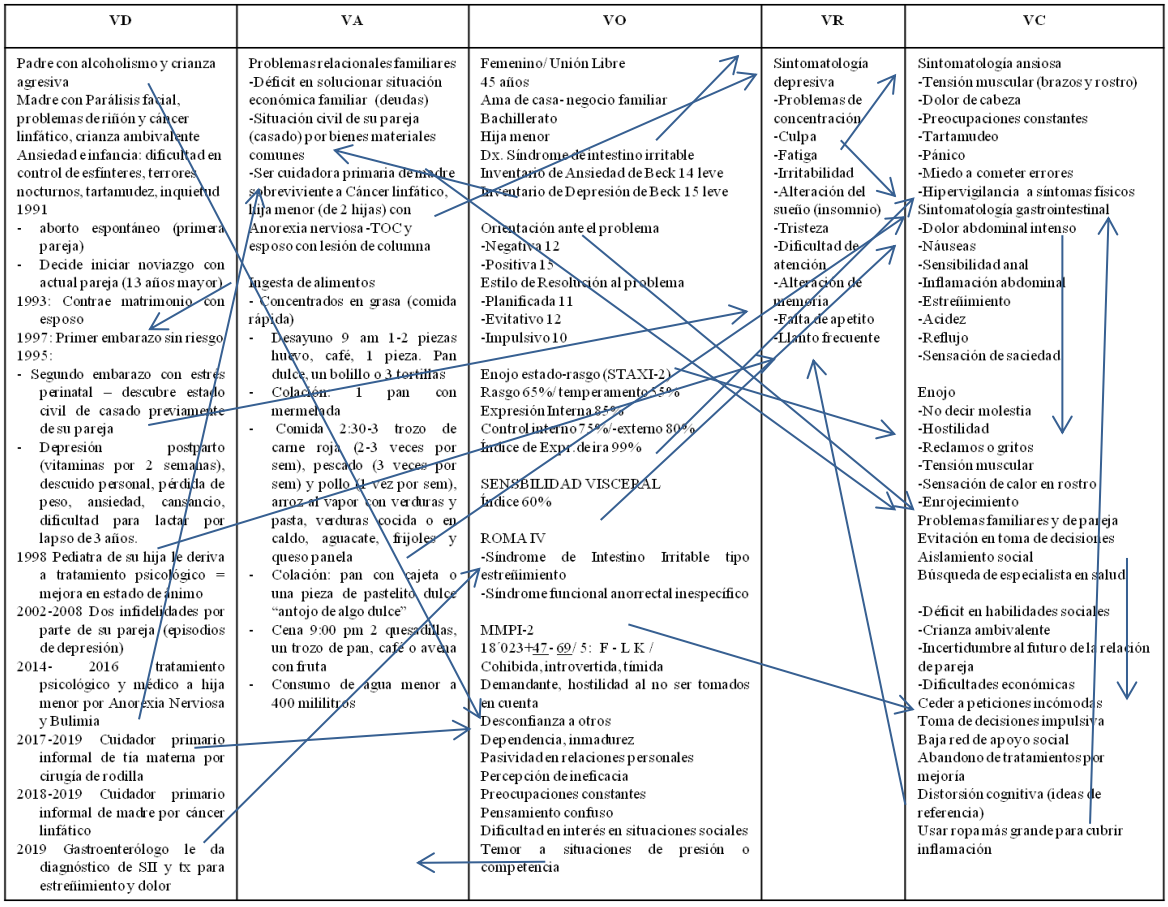
Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes los problemas relacionales familiares como el déficit en solución de problemas ante la situación económica familiar con las deudas, la situación civil de su pareja que es un hombre casado ante los bienes materiales comunes y el ser cuidadora primaria de su madre sobreviviente de cáncer linfático y de su hija de 19 años con Anorexia nerviosa, Trastorno obsesivo compulsivo y de su esposo con una lesión de columna. En cuanto a su ingesta de alimentos hay concentrados en grasa con comidas rápidas al estar en el trabajo, usualmente no cocina, sino que compra fuera de casa los alimentos y pasa hora de ayuno además de una alta cantidad de cereales en su dieta diaria y una cantidad de consumo de agua menor a 400 mililitros.

Esto le genera como consecuencia que se exacerbe la sintomatología ansiosa con tensión muscular en brazos y rostro, dolor de cabeza, preocupaciones constantes, tartamudeo, pánico, miedo a cometer errores, hipervigilancia a síntomas físicos y también se exacerba la sintomatología gastrointestinal con dolor abdominal intenso, náuseas, sensibilidad anal, inflamación abdominal, estreñimiento, acidez, reflujo y sensación de saciedad.

Otras de las consecuencias son los problemas de enojo con no decir cuando está molesta, estar más hostil, reclamar o gritar, tensión muscular y sensación de calor y enrojecimiento en el rostro que incrementan los problemas familiares y de pareja, la evitación a tomar decisiones y el aislamiento

social así como la búsqueda de especialistas en salud ante los malestares gastrointestinales, déficit en habilidades sociales y una crianza ambivalente a sus dos hijas además de la incertidumbre al futuro de la relación de pareja y de los bienes, cediendo a peticiones incómodas o tomando decisiones impulsivas además de contar con una red de apoyo social baja y con abandono de tratamientos antes las mejorías y el uso de ropa más grande o con resortes para cubrir la inflamación abdominal.

Figura 112. Mapa de Patogénesis del caso siete, atendido en el protocolo.



Como variables en su historia de vida tenemos su padre con alcoholismo y una crianza agresiva, su una madre con parálisis facial, problemas de riñón y cáncer linfático con una crianza ambivalente, ansiedad en la infancia con dificultad en el control de esfínteres, terrores nocturnos, tartamudeo e inquietud. En 1991 tiene un aborto espontáneo de su primera pareja e inicia relación de noviazgo con su actual pareja que es trece años mayor que la paciente y en 1993 contraen matrimonio. En 1997 se tiene su primer embarazo sin riesgos y en 1998 tiene su segundo embarazo con estrés perinatal ya que descubre el estado civil de casado de su pareja y presenta depresión posparto, descuido personal, pérdida de peso, ansiedad, cansancio, dificultad para lactar y este estado emocional le dura tres años.

En 1998 la pediatra de su hija la deriva a un tratamiento psicológico y refiere que estado emocional se reguló, de 2002 a 2008 descubre dos infidelidades por parte de su pareja y describe episodios de depresión en ambas ocasiones. En el 2016 su hija va a tratamiento psicológico médico por anorexia nerviosa y bulimia y del 2017 al 2019 es cuidadora primaria informal de la tía materna por cirugía de rodilla, del 2018 al 2019 es cuidadora primaria informal de la madre por cáncer linfático y en el 2019 el gastroenterólogo le da diagnóstico de síndrome de intestino irritable y tratamiento para estreñimiento y dolor abdominal el cual abandona.

Sensibilidad visceral.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con su porcentaje inicial en este instrumento el cual resultó de 60%.

Sintomatología depresiva.

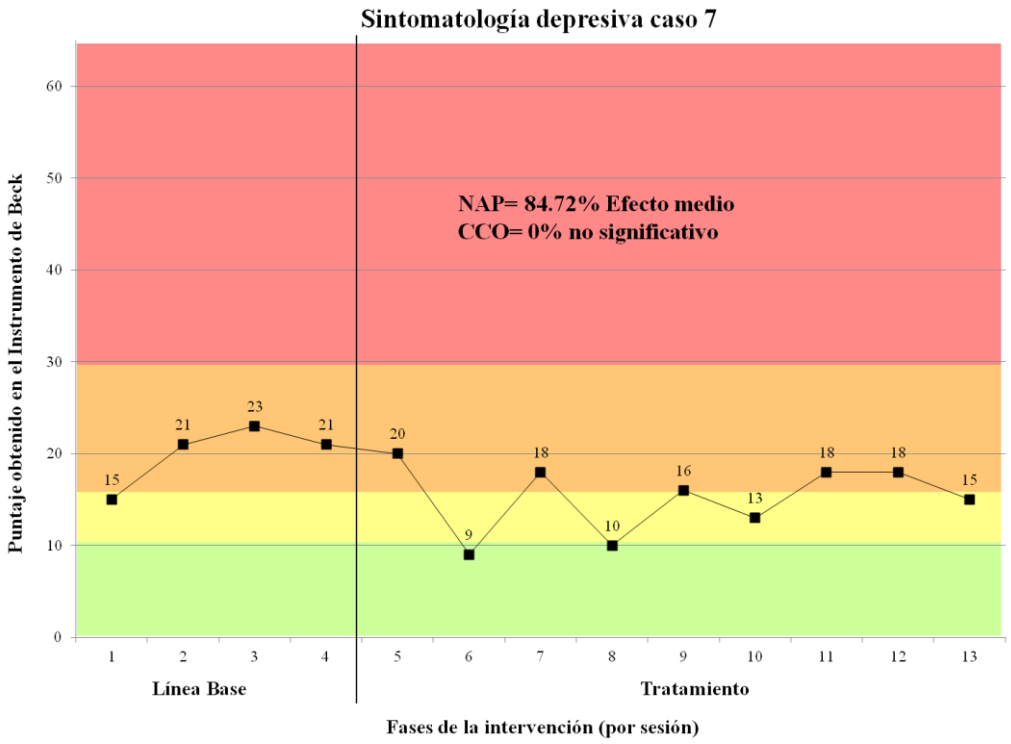
La paciente ingresó con un nivel leve-moderada de sintomatología depresiva entre quince a veintitrés puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se mantuvo en quince puntos que representa un nivel leve en la última sesión a la cual acudió la paciente.

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-trece), la semana siete, nueve, once y doce los puntajes de síntomas depresivos se elevaron dado que la paciente refirió dificultades respecto a estar en confinamiento “me da miedo contagiarme y justo por eso dejé de ir con el psiquiatra y suspendí mi fármaco” (sic. pac.) a lo cual se retomó dicho objetivo de solicitar cita y el seguimiento de las normas de cuidado a la salud en la pandemia, pero este punto se vio interrumpido por las inasistencias de la paciente y su posterior baja (ver figura 113).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 84.72% y un índice de cambio clínico no significativo sin cambios al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Es importante señalar que la paciente fue derivada a valoración en el Instituto Nacional de Psiquiatría y se encontraba con tratamiento farmacológico de Sertralina de 50 mg 1-0-1 hasta la sesión diez del tratamiento psicológico.

Figura 113. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 7)



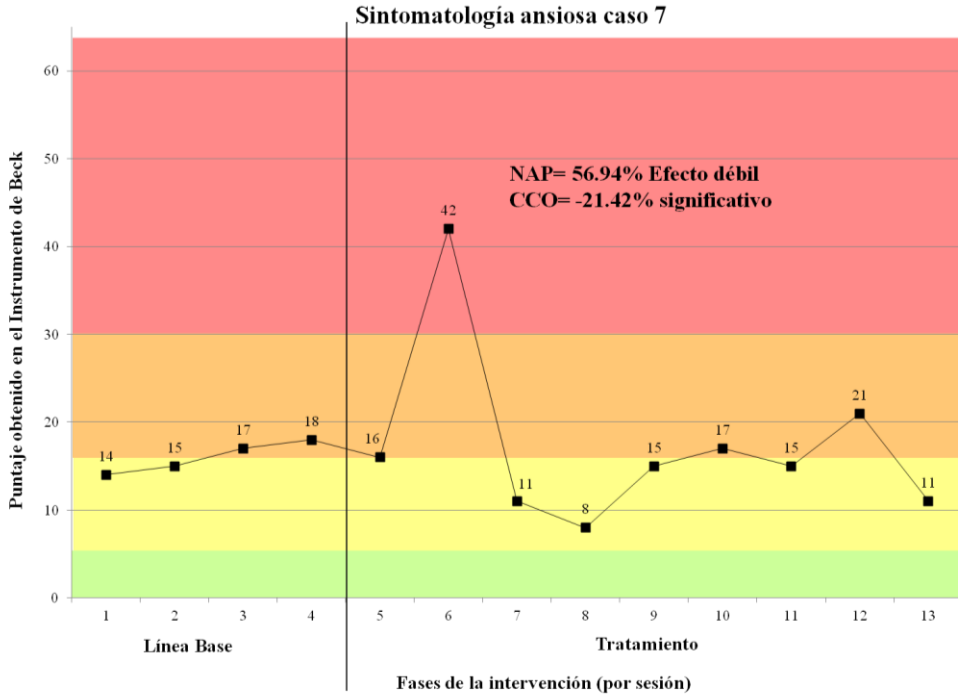
Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones leve-moderado en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión seis, diez y doce ya que en la sesión seis tuvo una crisis de ansiedad en la semana al ir manejando en carretera y en las otras sesiones porque suspendió su tratamiento farmacológico en el contexto de la Pandemia por COVID 19 y miedo a contagiarse si salía.

La paciente no concluyó el tratamiento por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 114) en que se obtuvo un tamaño de efecto débil con un 56.94% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -21.42% por la disminución de la sintomatología desde la primera evaluación hasta la última sesión.

Es importante señalar que la paciente fue derivada a valoración en el Instituto Nacional de Psiquiatría y se encontraba con tratamiento farmacológico de Clonazepam gotas con dosis 3-0-3 hasta la sesión diez del tratamiento psicológico.

Figura 114. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 7)



Enojo.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de enojo, respecto al rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) presentó un 65% que es un porcentaje medio, en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) presentó un 5% representando un nivel nulo/bajo, mientras que en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) obtuvo un 55% con un nivel medio.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) obtuvo un 85% que pertenecía a la categoría de alto y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) obtuvo un 10% que pertenece al rango nulo/bajo.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que estén en un punto medio, sin embargo, en el control interno obtuvo un 75% con estrategias de no expresión de la ira como la distracción y, por ende, la pasividad, síntomas de depresión y percepción de injusticia y en el externo puntuó con 80% con intentos en reprimir o no expresar dicha emoción. Por último, en el índice general de la ira obtuvo un 99% representando problemas con el manejo de la ira que conllevan a problemas interpersonales y de salud ante esta emoción negativa.

Solución de problemas.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de solución de problemas, respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una mayor orientación positiva al problema con quince puntos que vería beneficiada de un entrenamiento y en cuanto a la orientación negativa o poco funcional obtuvo doce puntos.

En cuanto a los estilos de solución de problemas presentó una mayor puntuación (doce puntos) en el estilo evitativo, seguido del estilo planificado (con once puntos) y por último el estilo impulsivo (diez puntos), que requería entrenamiento en solución de problemas.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como la ansiedad, gases e hinchazón abdominal más que con el malestar reportado por el dolor abdominal y el estreñimiento hasta la evaluación intermedia que se pudo obtener.

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (dolor abdominal y estreñimiento) mientras que la hinchazón abdominal y la ansiedad ante los síntomas gastrointestinales tuvo un efecto medio y los gases un efecto débil. Sin embargo, para el dolor abdominal y la ansiedad se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura.

Mientras que para el estreñimiento y los gases se observó un efecto significativo positivo con un incremento y en la hinchazón abdominal no hubo un cambio clínico, lo cual se relaciona con la exposición incompleta al tratamiento además de la falta de una valoración en nutrición y de regresar a la toma de fármacos que prescribió el médico psiquiatra. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 115 y 116).

Figura 115. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 7)

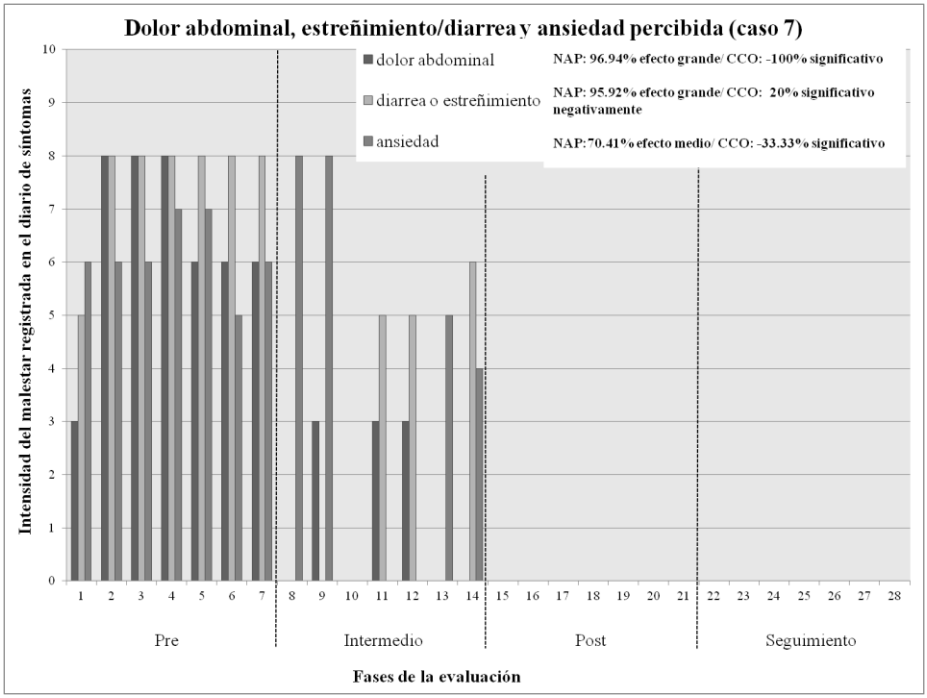
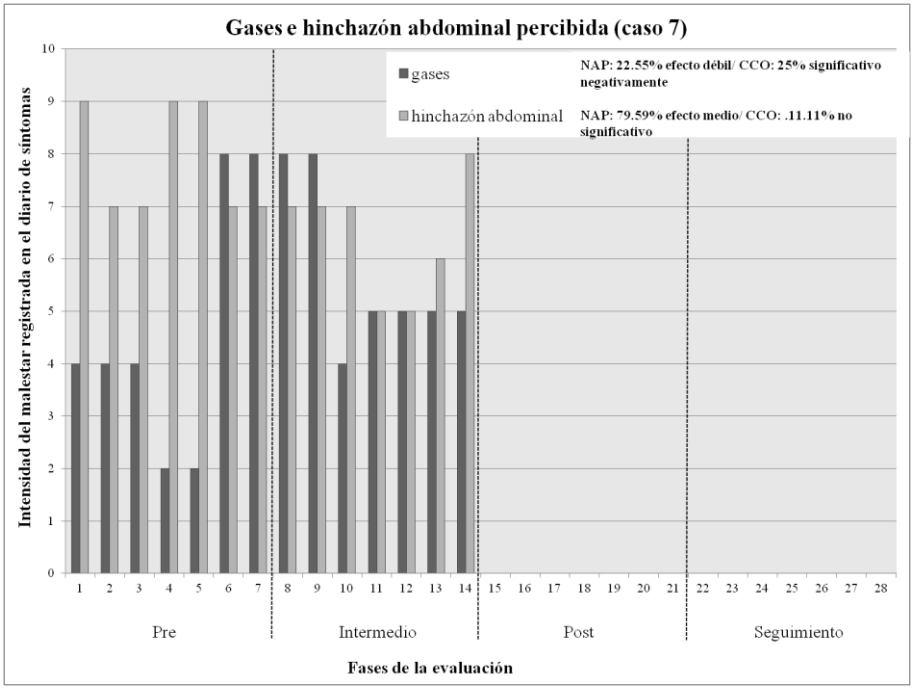


Figura 116. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 7)



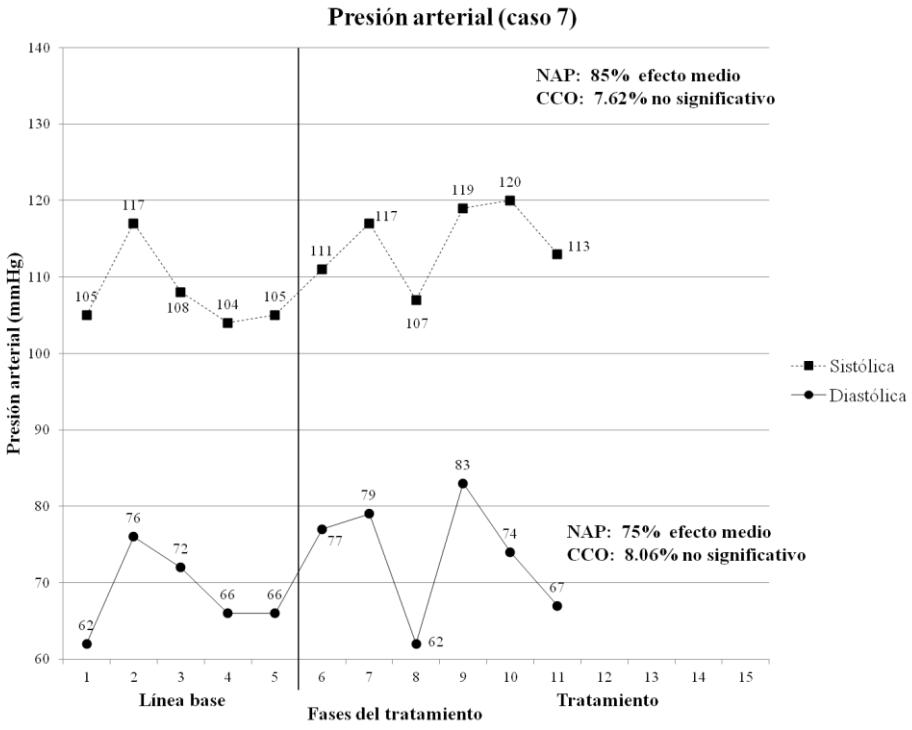
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar e incrementar estos valores al modificar sus horarios de sueño, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología depresiva en las áreas vitales.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 117, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica y en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en que se veía alterada la presión sistólica y diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud.

Figura 117. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 7)

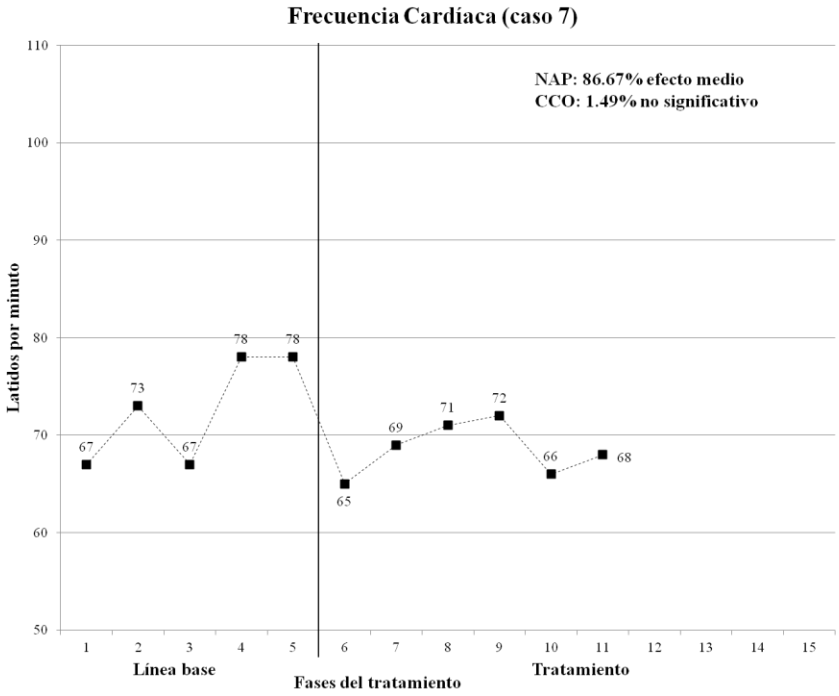


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre sesenta y siete a setenta y ocho, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de sesenta y ocho pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto medio del 86.67% y un índice de cambio clínico no significativo positivo del 1.49% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones mostraban oscilaciones y traslapes de los valores de la línea base (figura 118).

Figura 118. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 7)

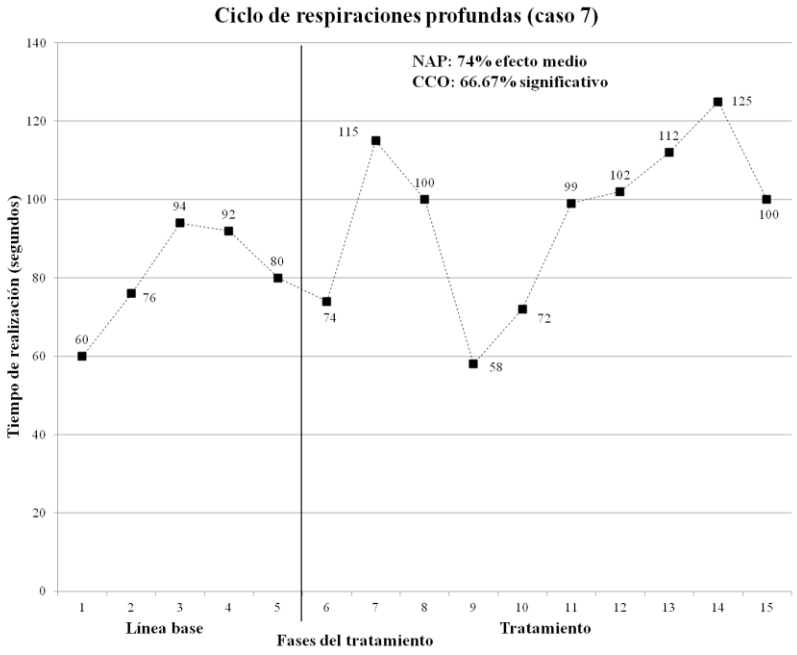


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de noventa y cuatro segundos, en promedio 11.8 segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica se siguió tomando en modalidad video llamada y la observación de la ejecución de los tiempos de la paciente, en que obtuvo un tamaño de efecto medio con 74% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 66.67% (figura 119), llegando a ejecuciones de ciento veinticinco segundos con un tiempo promedio de 15.6 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en cada sesión para repasar su ejecución.

Figura 119. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 7)



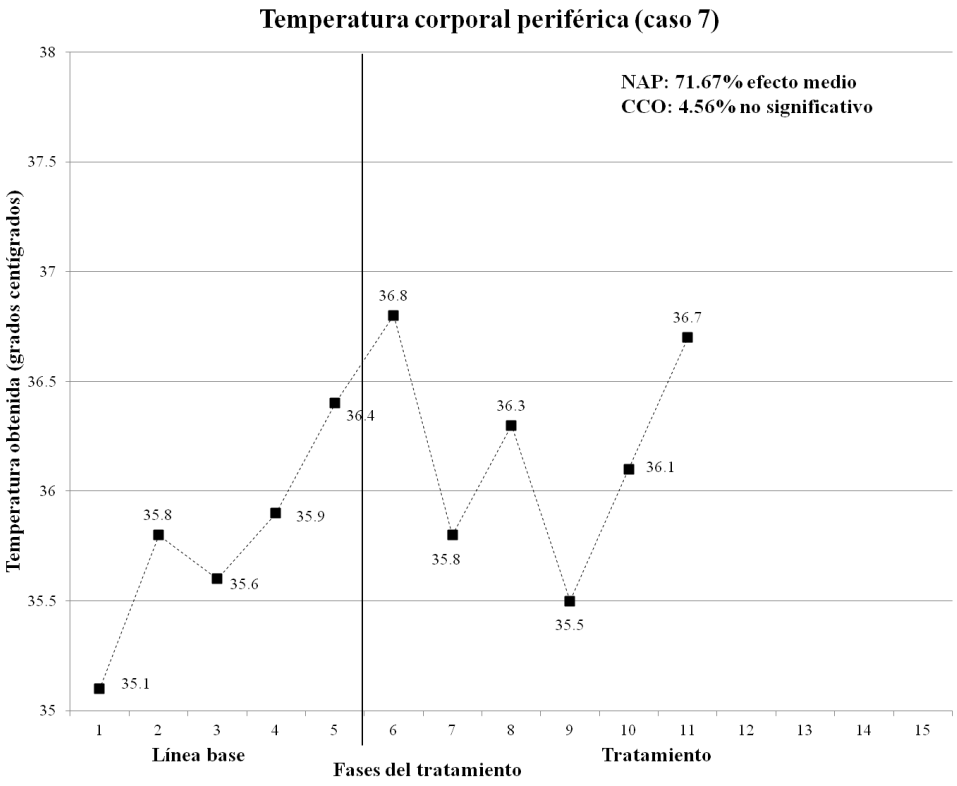
Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.1 a 36.4° centígrados y el auto reporte de “mis manos a veces me duelen del frio de que están como duras yo me imagino” (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36.8° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la contingencia, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto medio con 71.67% pero con un índice clínico positivo

objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 4.56% (ver figura 120).

Figura 120. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 7)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 121, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Estos pacientes experimentan sentimientos de hostilidad y agresión, pero no saben expresarlos adecuadamente. Se caracterizan por ser inhibidos y reprimidos, o bien, demasiado combativos y puntillosos, además de sentirse socialmente inadecuados y no confiar en los demás. Tienden a aislarse del entorno y se sienten infelices y deprimidos. Con frecuencia muestran aplanamiento afectivo y pueden además encontrarse confundidos y distraídos.

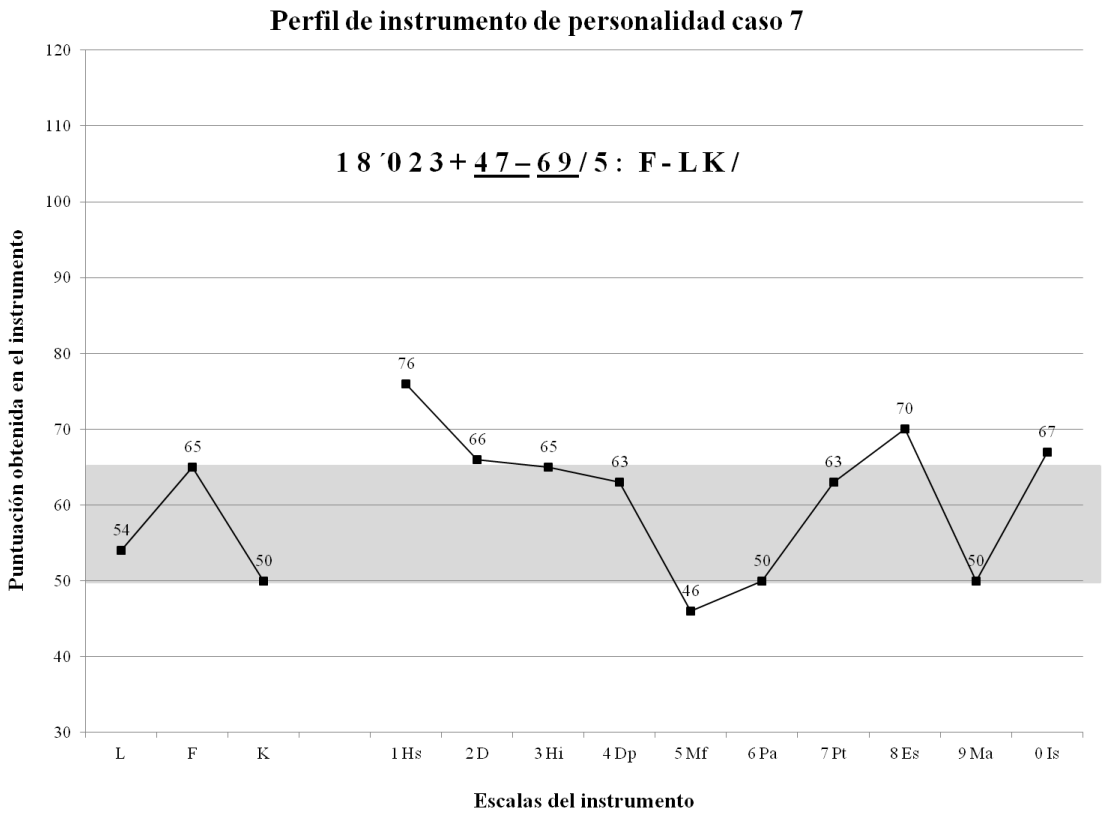
Estas personas son típicamente tímidas e inseguras y pueden informar sólo un número limitado de síntomas físicos, no se adaptan a su ambiente, parecen extraños y peculiares, son poco conformistas, resentidos con la autoridad y experimentan problemas en su autocontrol. Son erráticos y difíciles de predecir, muestran enojo, irritación, resentimiento y a menudo beben de manera excesiva, muestran pocos logros, falta de responsabilidad y adaptación marginal y poseen profundos sentimientos de inseguridad, demandando exagerada atención y afecto. Son retraídos, aislados y propensos a considerar al mundo como amenazante y que los rechaza. Culpan a los demás de sus dificultades.

Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, obsesionándose con pensamientos de naturaleza sexual. Temen ser incapaces en su desempeño sexual y pueden participar en actos sexuales antisociales en un intento por demostrar que son adecuados, por lo general experimentan agitación y confusión y no dudan en admitir que tienen problemas psicológicos por lo cual se sienten deprimidos, preocupados, tensos y nerviosos. Pueden estar confundidos y presentar estados de pánico. Tienen capacidad de juicio deficiente y no suelen beneficiarse con la experiencia. Son introspectivos, ensimismados y sobre ideacionales. Es probable que presenten sentimientos crónicos de inseguridad, incapacidad, inferioridad e indecisión.

Carecen de interés, iniciativa y participación en las situaciones de la vida. Tienen un nivel disminuido de actividad física y suelen presentar trastornos gastrointestinales. Son pasivos, dóciles y dependientes. Se sienten insuficientes, inseguros y desamparados provocando en los demás el deseo de cuidarlos. Muestran empuje, y buscan responsabilidades, pero temen colocarse en situaciones competitivas o de mayor presión. Sienten que no obtienen un reconocimiento adecuado por sus logros y los lastima cualquier tipo de crítica. Son controladores y reprimen sus sentimientos no pudiendo expresarlos adecuadamente. Evitan la participación social; se sienten incómodos con personas del sexo opuesto. La inadaptación sexual es común, incluyendo frigidez e impotencia.

Estos pacientes tienden a funcionar a un nivel reducido de eficiencia durante largos periodos y parecen tolerar gran cantidad de infelicidad. Carecen de insight y se resisten a las reformulaciones psicológicas de sus problemas.

Figura 121. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 7)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente asignó roles de cuidado o como proveedores de suministros para el cuidado de su madre, hija y esposo para aprender a solicitar ayuda y manejo asertivo de los comentarios de familiares sobre su rol como cuidador. Aunado a negociar por espacio en que estaba construido el negocio familiar con su tía materna para no perder su espacio de trabajo en el contexto de Pandemia COVID-19.

Mejoró su adaptación al confinamiento respecto a “he intentado pensar cómo puedo incluir a mis hijas en las actividades de casa y se pase más cómodo el confinamiento, yo creo que ya me voy adaptando más que en los primeros días donde cada rato pensaba que iba a estar mal” (sic. pac.).

Se realizó el bosquejo con la paciente sobre cómo salir de las deudas y los pasos necesarios a ello, así como el plan de retomar su cita en salud mental para bajo indicaciones seguir o no el tratamiento.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

El paciente presentó dificultades en mantener la ejecución de la respiración diagramática y la relajación muscular en casa a lo cual se retomó en las sesiones y se señaló a la paciente la importancia de retomar su tratamiento en salud mental lo cual quedó pendiente, así como su instalación en Psicoterapia.

Aún se quedó incompleto el entrenamiento en asertividad para los problemas familiares y de pareja, de hecho, ese módulo se quedó como tarea después del entrenamiento en sesión clínica.

Caso 8.

Paciente femenina de 37 años, soltera, quien se define a sí mismo como heterosexual, estudiante del séptimo semestre de doctorado en ciencias de la sostenibilidad, es la hija menor de cuatro hijos y es la única mujer dentro de sus hermanos que sigue vida. No fue referida de ninguna institución o programa previo. Cuenta con el diagnóstico de Síndrome de intestino irritable y colitis nerviosa en 2018, Dermatitis nerviosa en 2019 y se encontraba bajo estudios para descartar Anemia el cual quedó aplazado hasta poder regular la alimentación en la paciente (horarios, cantidades), sin embargo, en los seguimientos quedó descartado, sin embargo, presentaba falta de adherencia al seguimiento de su plan alimenticio y de actividades físicas recomendadas, así como abandono de sus servicios de salud.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 122 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como "me siento triste y quiero entender qué es lo que me pasa porque me siento cansada y lloro, a veces me cuesta mucho trabajo despertarme y casi siempre tengo mucho sueño, como demasiado cuando estoy nerviosa y me cuesta trabajo poner atención y concentrarme en mis proyectos escolares" (sic. pac.).

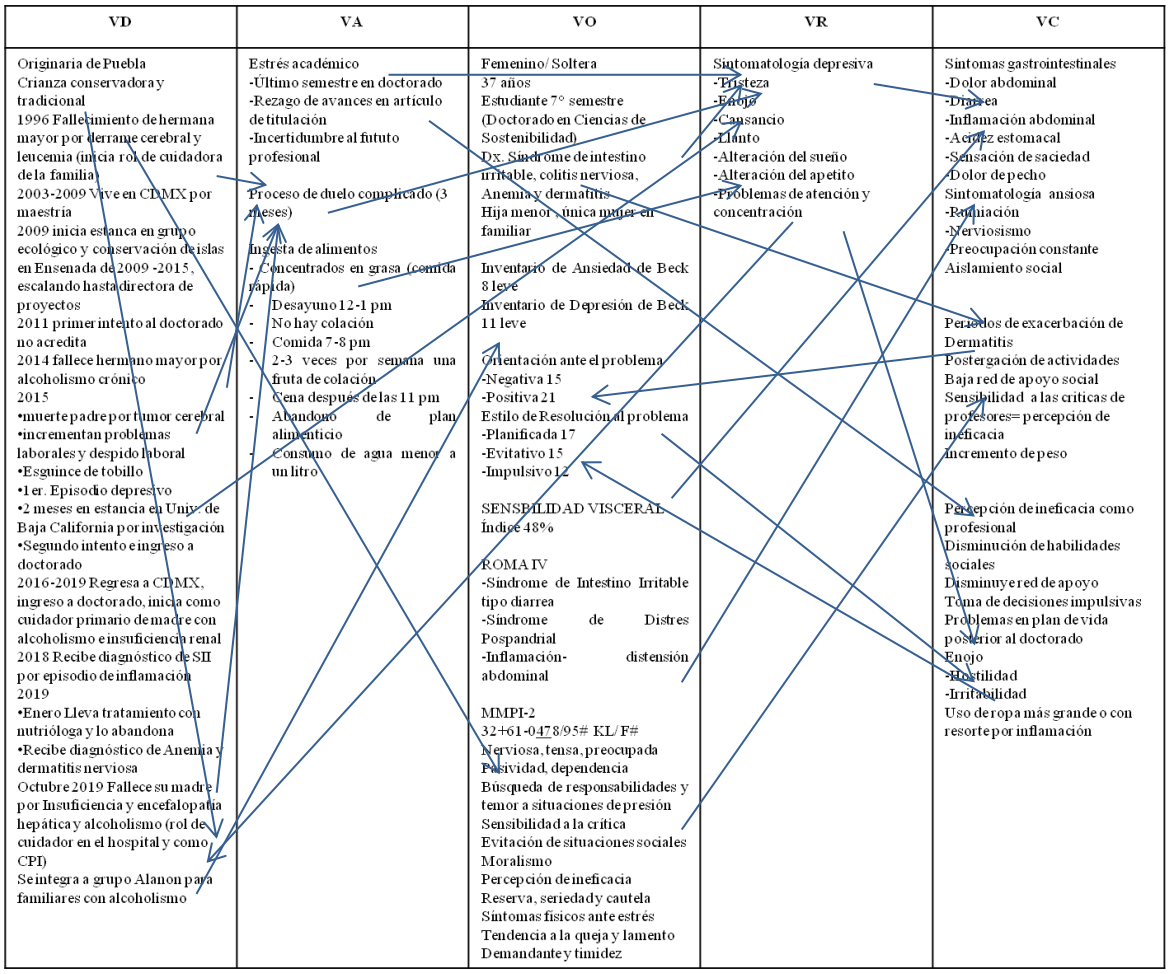
Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes el estrés académico al cursar el último semestre en el doctorado, el rezago de avances en el artículo (que es la modalidad de titulación de la paciente) y la incertidumbre al futuro profesional-laboral y encontrarse en un proceso de duelo complicado de 3 meses por pérdida física de su madre.

En la ingesta de alimentos encontramos concentrados en grasa como comida rápida, así como altamente condimentados, los horarios de sus comidas están desfasados ya que su desayuno es a las 12pm, no hay colación previa la comida y esta suele ser a las 7-8 pm, dos veces dos o tres veces por semana hay una colación entre la comida y la cena que es una fruta, la cena llega a ser después de las 11 pm, desde hace seis meses abandonó su plan alimenticio y su consumo de agua es menor a un litro.

Como consecuencias tenemos la exacerbación de los síntomas gastrointestinales como el dolor abdominal, la diarrea, la inflamación abdominal, la acidez estomacal, la sensación de saciedad, el dolor de pecho y una exacerbación de la sintomatología ansiosa con rumiación, pensamientos catastróficos, preocupación constante, nerviosismo y aislamiento social y en periodos de mucho estrés se exacerba la dermatitis. Suele postergar las actividades además de contar con una baja red de apoyo

y suele ser sensible a las críticas de profesores que fortalecen la percepción de ineficacia como profesional, incremento de peso, disminución de habilidades sociales y toma decisiones impulsivas ante la postergación de estas que llevan a la incertidumbre de plan de vida posterior al doctorado y usar ropa más grande o con resorte por la inflamación abdominal.

Figura 122. Mapa de Patogénesis del caso ocho, atendido en el protocolo.



Como variables en su historia de vida tenemos que la paciente es originaria de Puebla, su estilo de crianza es conservador y tradicional. En 1996, fallece su hermana mayor por derrame cerebral y leucemia en casa y es cuando inicia el rol de cuidadora de la familia de la paciente al ser la única mujer que queda a cargo, dado que ambos padres tienen consumo perjudicial de alcohol. Del 2003 al 2009 vive en la Ciudad de México para cursar su maestría, el 2009 inicia una estancia en un grupo ecológico y de conservación de islas en Ensenada, en el cual va escalando hasta ser directora de proyectos lo cual define como "un momento de mucho estrés y responsabilidades" (sic. pac.).

En el 2011 hace su primer intento al doctorado y no lo acredita lo cual incrementa la sintomatología depresiva, en 2014 fallece su hermano mayor por alcoholismo crónico y en 2015 se muere su padre por tumor cerebral, incrementan los problemas laborales y tiene un despido laboral además tiene un esguince de tobillo, ante estos eventos la paciente menciona que éste fue su primer episodio depresivo que reconoce como más intenso.

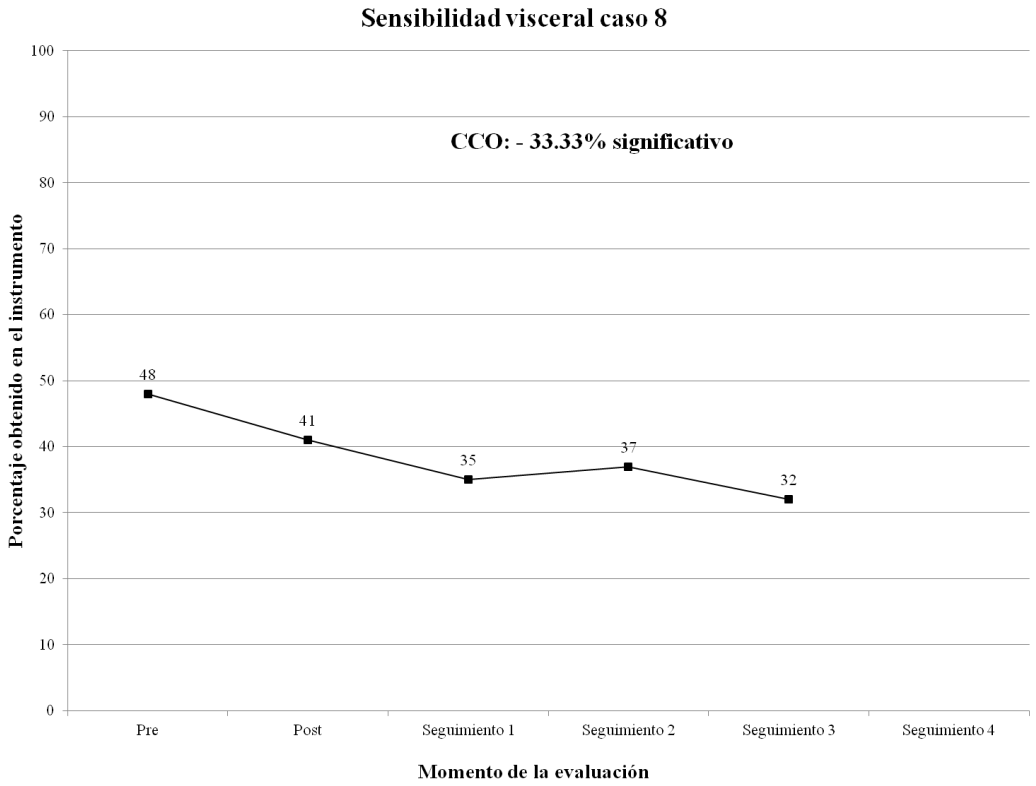
Se va de estancia dos meses a la universidad de Baja California para realizar investigación y hace su segundo intento de ingreso al doctorado y lograr quedarse, del 2016 al 2019 regresa a la Ciudad de México a cursar el doctorado e inicia su rol de cuidadora primaria de la madre con alcoholismo e insuficiencia renal. En 2018, recibe el diagnóstico de Síndrome intestino irritable ante episodios de inflamación aguda y en enero 2019, lleva tratamiento con una nutrióloga y lo abandona, en octubre del mismo año, fallece su madre por insuficiencia y encefalopatía hepática además de alcoholismo, la paciente vive este fallecimiento como cuidadora en el hospital y menciona que se integra un grupo de Alannon para familiares con alcoholismo, como un intento de poder entender todo lo que ha ocurrido en su vida.

Sensibilidad visceral.

El paciente previo al tratamiento presentó un porcentaje del 48% de sensibilidad visceral, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas al sentarse a redactar el artículo y poder cubrir sus tareas pendientes respecto a su línea de investigación (figura 123).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 41%, cuya puntuación incrementó en el primer seguimiento al mes con un 35% y hubo un incremento al segundo seguimiento a los dos meses con un 37% y para el tercer seguimiento a los tres meses disminuyó a un 32%. El cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -33.33%.

Figura 123. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso ocho)



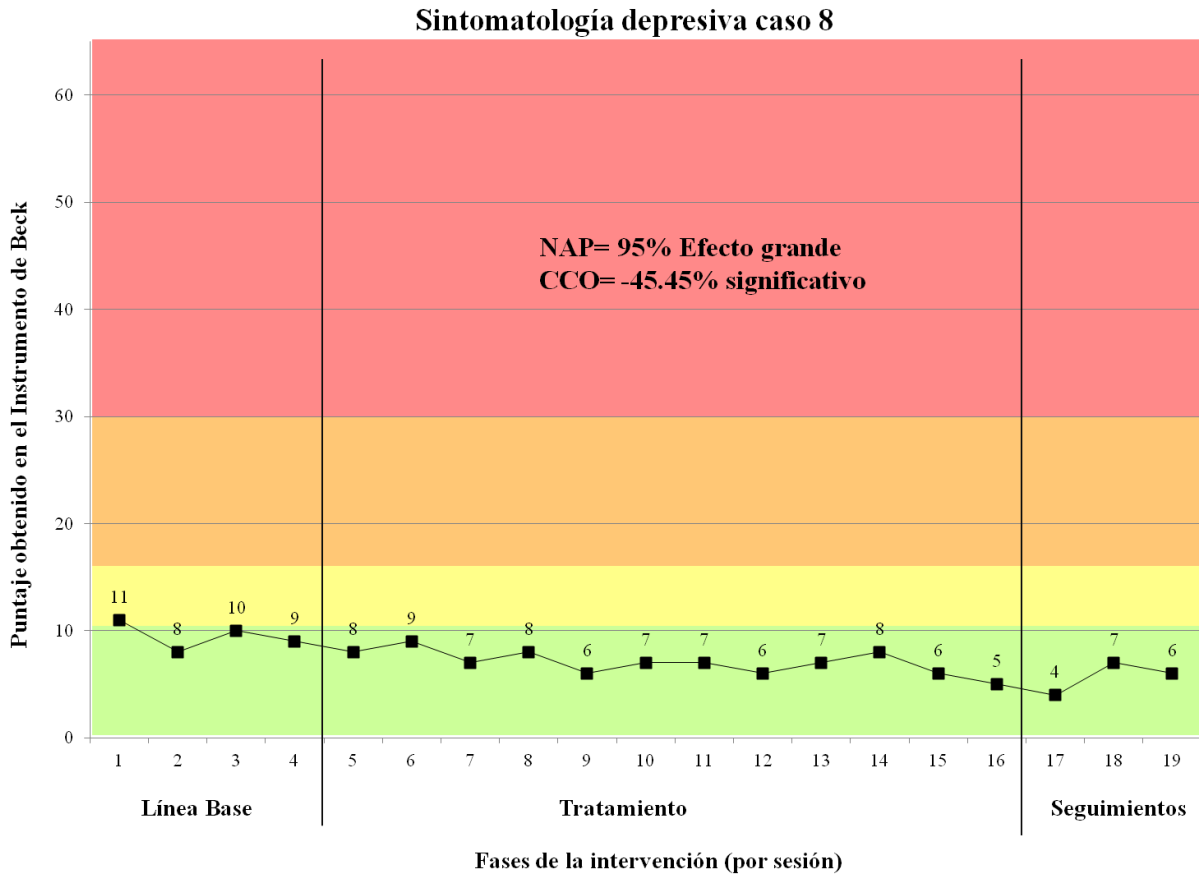
Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel mínimo-leve de sintomatología depresiva entre ocho a once puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se mantuvo en cinco puntos que representa un nivel mínimo al finalizar. Durante los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo, a partir de la sesión doce la paciente se encontraba en tratamiento farmacológico con Fluoxetina 1-0-0 (sic. pac.).

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-dieciséis), los puntajes de síntomas depresivos se mantuvieron en un nivel mínimo con incrementos de dos a tres puntos ante situaciones de entrega académicas, problemas de pareja y al inicio del confinamiento y su readaptación a las condiciones de salud (figura 124).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 95% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -45.45%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Figura 124. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 8)

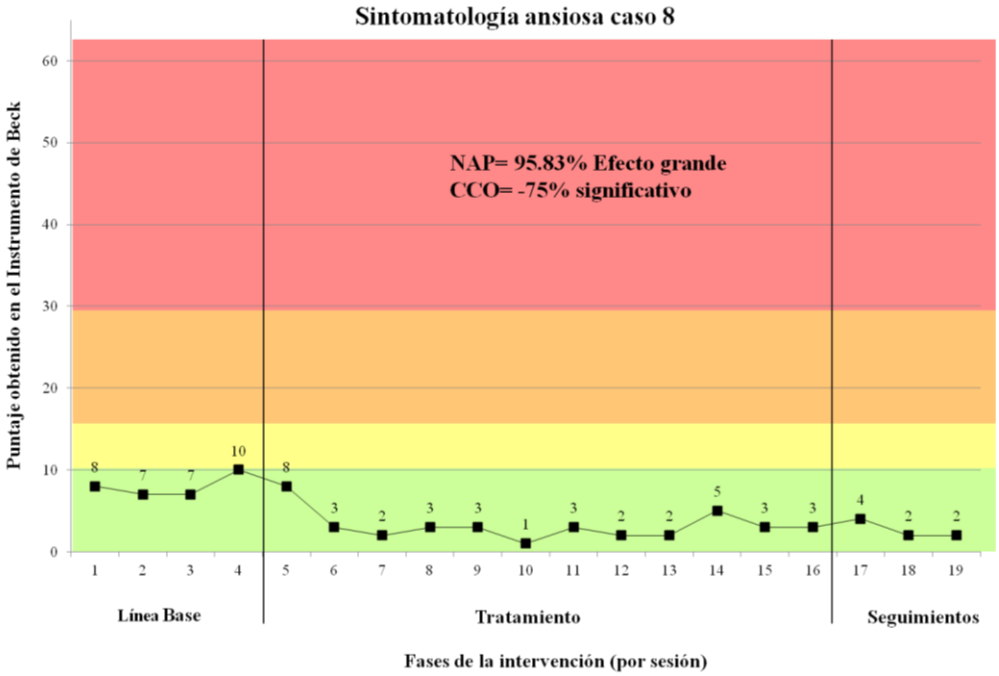


Sintomatología ansiosa.

El paciente ingresó con puntuaciones mínimo-leve en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de dos a tres puntos al encontrarse en confinamiento ante la pandemia COVID-19, los fines de semestre y con ello, los avances que debía mostrar a su comité y su participación en actividades de apoyo como grupo de representantes de los alumnos de Posgrado.

El paciente tras el tratamiento se fue con un nivel mínimo en la sintomatología ansiosa (figura 125) y en los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo con un tiempo máximo de tres meses después de la intervención, se obtuvo un tamaño de efecto grande con un 95.83% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -75% con decremento de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

Figura 125. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 8)

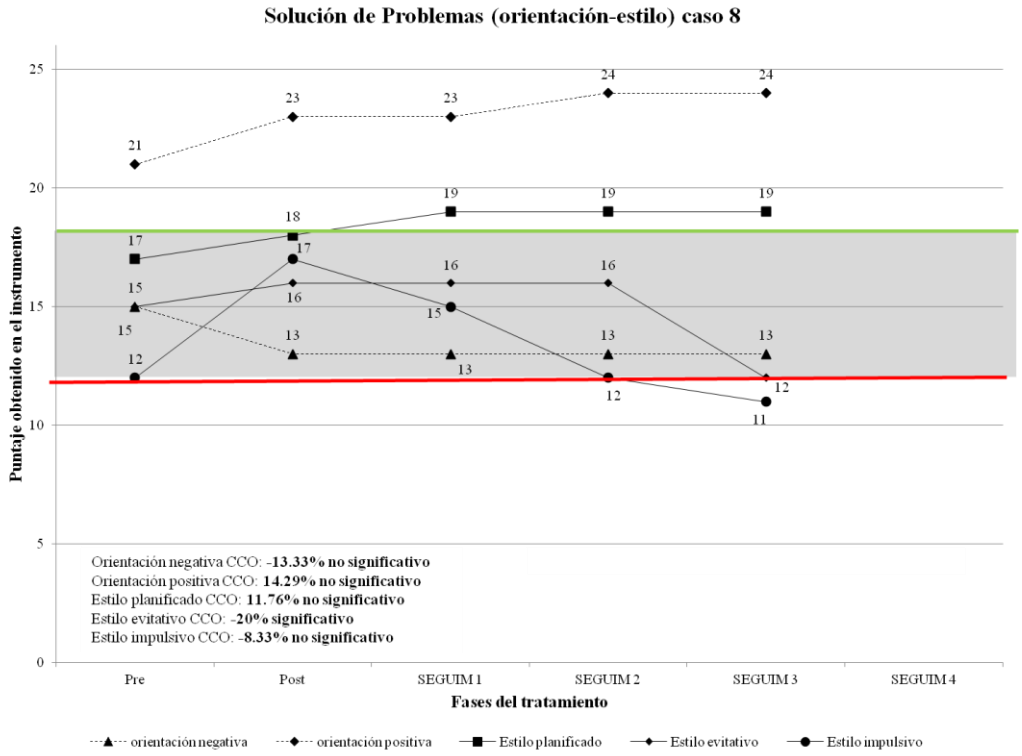


Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación positiva o funcional al inicio del tratamiento más alta respecto a una negativa o poco funcional. Respecto a la orientación negativa pasó de quince puntos a trece en el último seguimiento tras tres meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo no significativo del -13.33%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con veintiún puntos y finalizar con veinticuatro y con un índice clínico no significativo positivo dado que requiere mayor aplicación de la habilidad, se obtuvo un índice de 14.29%.

En canto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de doce a once puntos y un índice de cambio negativo no significativo del -8.33% así como en el estilo evitativo pasando de quince a doce puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -20%. Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo no significativo de 11.76% dado que el paciente ingresó con diecisiete puntos e incrementó a diecinueve puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad pero que requiere mayor práctica (figura 126).

Figura 126. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 8)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dada sus resultados. La paciente refirió “desde joven siempre que tengo mi período hormonal el tamaño de mi vientre sube y me siento pésimo y en verdad he probado muchos analgésicos, pero de verdad me duele y ese dolor me tira muy fuerte” (sic. pac.).

Se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes e incremento de fibra y agua para los problemas de evacuación para poder recibir un plan acorde a sus necesidades además de poder acudir a seguimiento en ginecología dado que abandonó su tratamiento y no dio seguimiento a la valoración para conocer las alteraciones del período menstrual.

En los síntomas registrados en los diarios, tres de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (dolor abdominal, diarrea y ansiedad ante síntomas gastrointestinales) y en dos de ellos se obtuvo un efecto medio (los gases y la hinchazón abdominal), sin embargo, en los cinco síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 127 y 128).

Figura 127. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 8)

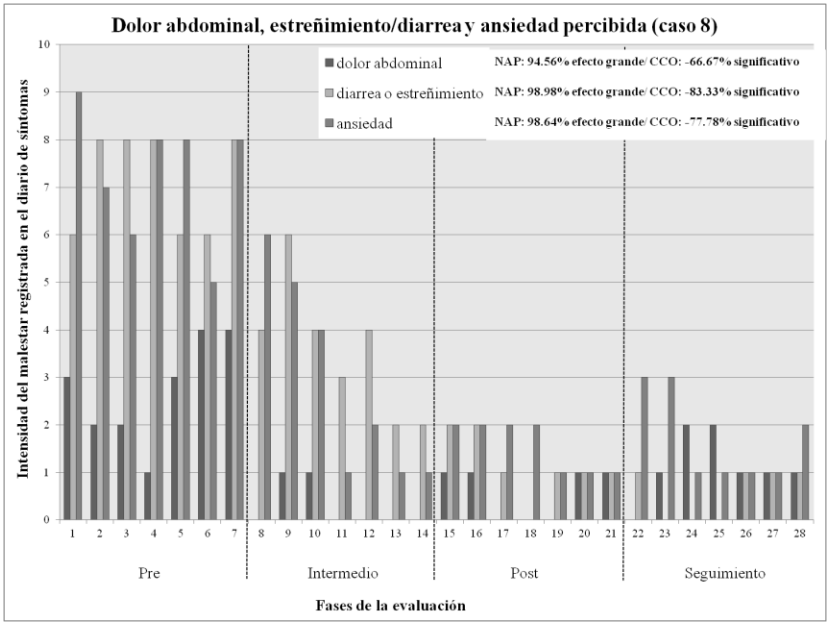
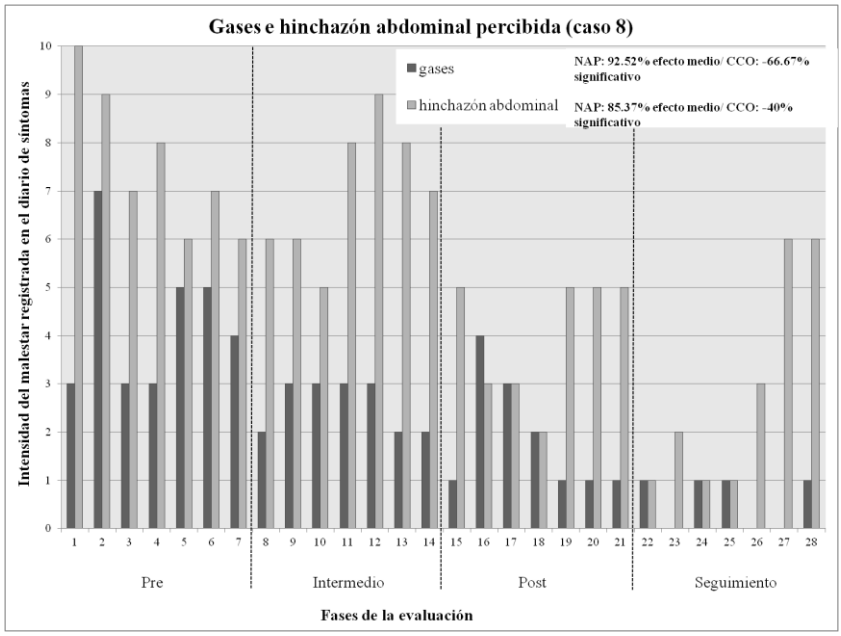


Figura 128. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 8)



Presión arterial.

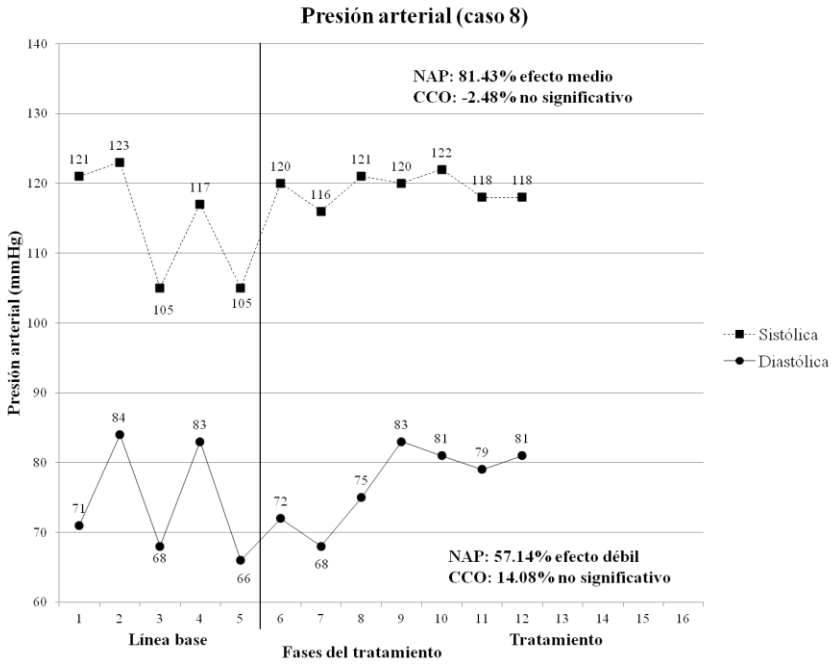
En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores cercanos y por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus

hábitos de sueño, horario y número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología depresiva y ansiosa en las áreas vitales.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 129, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto débil en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en la presión diastólica y un índice de cambio clínico negativo no significativo en la presión sistólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud y estos valores son sensibles a las condiciones de estrés que la persona enfrenta.

Figura 129. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 8)

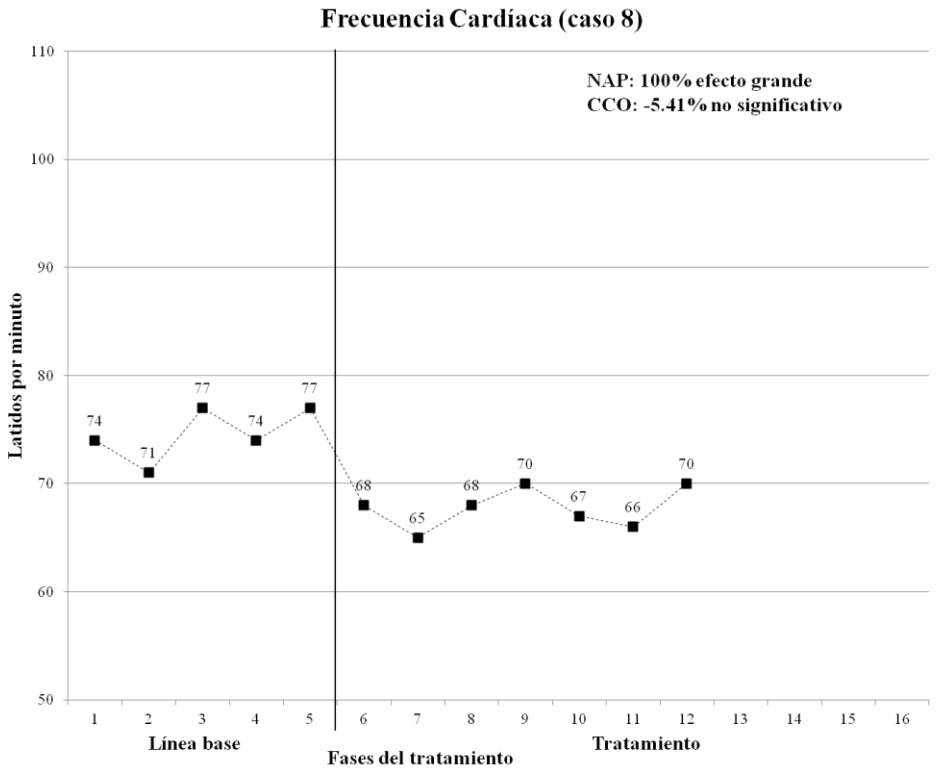


Frecuencia cardíaca.

Los valores que la paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre setenta y uno a setenta y siete, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de setenta pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto grande del 100% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -5.41% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario (figura 130).

Figura 130. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 8)



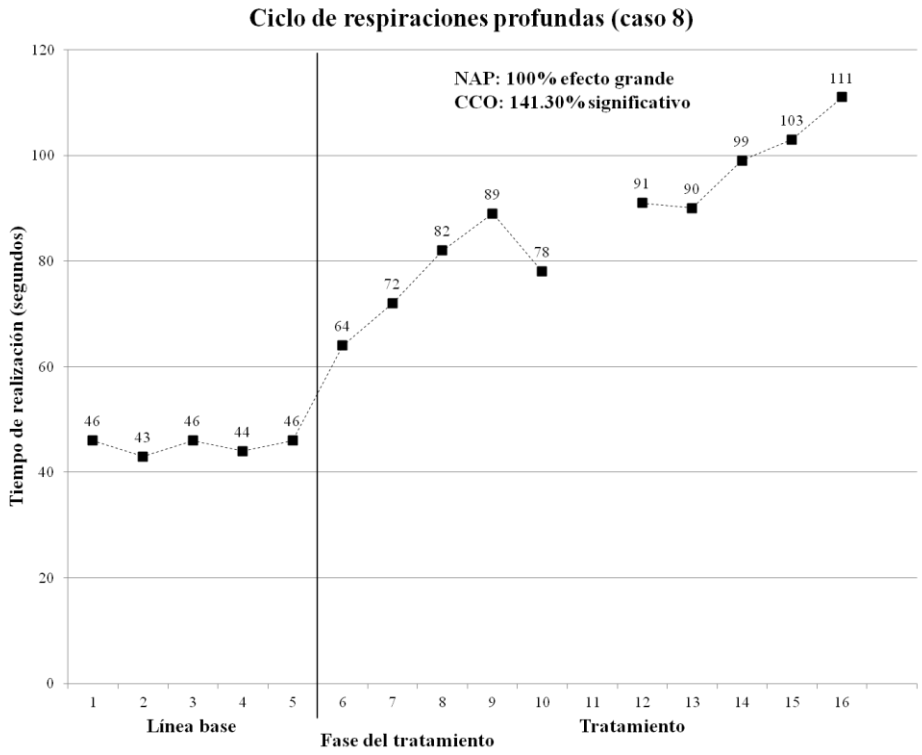
Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que la paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que se realizara, se registró un máximo de cuarenta y seis segundos, en promedio 5.8 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "me cuesta mucho poder hacerlas como que es diferente a como lo recuerdo, creo que si necesitaré mucha práctica" (sic).

Esta medida fisiológica se siguió tomando en modalidad video llamada y la observación de la ejecución de los tiempos de la paciente, en que obtuvo un tamaño de efecto medio con 100% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 141.30% (figura 131), llegando a ejecuciones de ochenta y cinco segundos con un tiempo promedio

de 13.9 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 131. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 8)



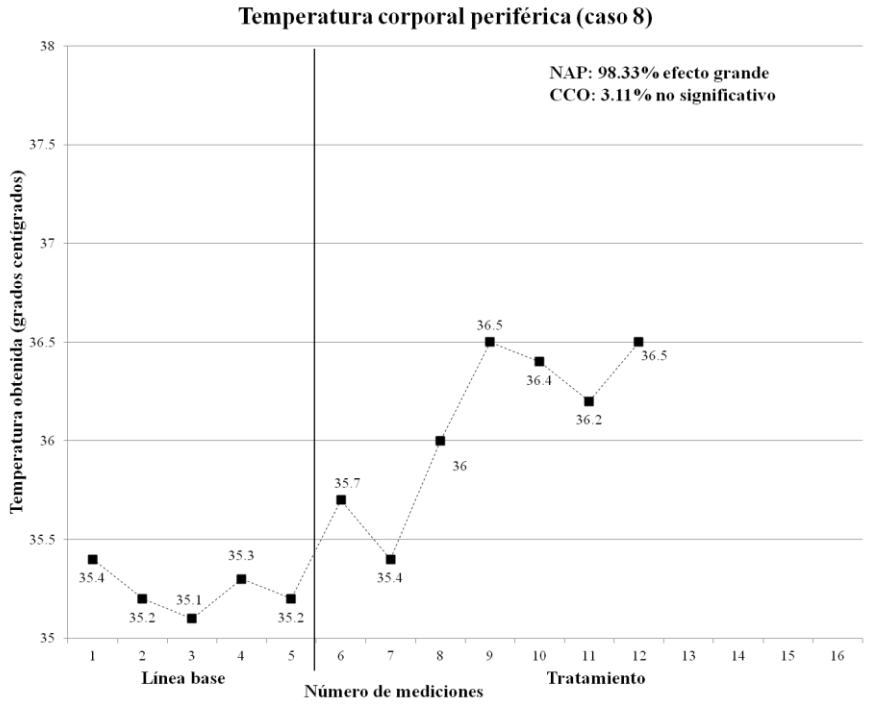
Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.1 a 35.4° centígrados y el auto reporte de "no te sorprendas si sientes mis manos frías es que siempre están así además aquí en los consultorios hace más frío y es difícil no estar así temblando" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36.5° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la contingencia, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con 98.33% pero con un índice clínico positivo

objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 3.11% (ver figura 132).

Figura 132. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 8)



Características de Personalidad.

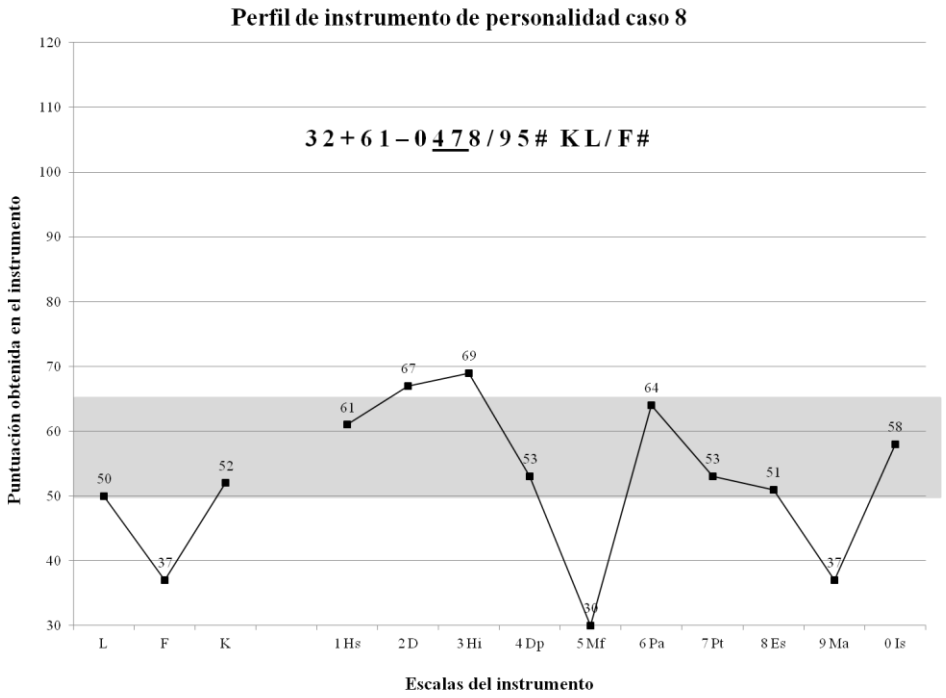
Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 133, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código se sienten nerviosos, tensos, preocupados, tristes, deprimidos, fatigados, exhaustos y débiles, aunque no lleguen a presentar una ansiedad incapacitante. Carecen de interés, iniciativa y participación en las situaciones de la vida. Tienen un nivel disminuido de actividad física y suelen presentar trastornos gastrointestinales. Son pasivos, dóciles y dependientes. Se sienten insuficientes, inseguros y desamparados provocando en los demás el deseo de cuidarlos. Muestran empuje, y buscan responsabilidades, pero temen colocarse en situaciones competitivas o de mayor presión. Sienten que no obtienen un reconocimiento adecuado por sus logros y los lastima

cualquier tipo de crítica. Son controladores y reprimen sus sentimientos no pudiendo expresarlos adecuadamente. Evitan la participación social; se sienten incómodos con personas del sexo opuesto. La inadaptación sexual es común, incluyendo frigidez e impotencia.

Estos pacientes tienden a funcionar a un nivel reducido de eficiencia durante largos periodos y parecen tolerar gran cantidad de infelicidad. Experimentan sentimientos de hostilidad hacia la familia sin expresar de manera directa sus emociones negativas ni reconocer habitualmente la presencia de estas.

Figura 133. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 8)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

Se abordó con la paciente la pérdida de cada uno de sus hermanos y sus padres para poder contextualizar, validar y re significar cada una de las pérdidas físicas que ha tenido, en búsqueda de apoyar su sistema de creencias y espiritualidad respecto a las pérdidas, ante ello la paciente logró asignar a cada una de las pérdidas familiares un lugar y establecer los rituales de despedida pendientes así como poder contextualizar el duelo como un proceso y que de este no puede tener un control completo o un tiempo obligatorio para “superarlo”.

Por otra parte, se puso en contacto con su tutor y entregó avances de su artículo de titulación y se esbozó con la paciente el horario antes de la pandemia y durante la pandemia, para equilibrar sus actividades de ejercicio, descanso, escolares y sociales a distancia que facilitaran su adaptación a este evento.

Además, se quedó instalada en un servicio de Bariatría para que ayudará a su reducción de peso y dicho médico prescribió a la paciente Fluoxetina, para poder abordar los síntomas depresivos, así como un plan alimenticio que la paciente siguió durante al menos cinco semanas del tratamiento y los tres meses de seguimiento posteriores, que en tiempos promedio ha sido el tratamiento en que más tiempo ha estado. Logró reducir seis kilos, con un incremento de porcentaje de masa muscular y una disminución de porcentaje de grasa visceral además de la ejecución de actividad física de dos a cuatro días a la semana por lo menos 40 minutos y la programación de comidas en horarios fijos con al menos una o dos horas de variación.

En el último seguimiento, tras tres meses de su egreso la paciente refirió haber tenido la pérdida de otro familiar su abuela y en esta ocasión notar que enfrentaba de mejor forma la pérdida, aplicando las estrategias previamente aprendidas de solución de problemas, detención del pensamiento y regulación emocional, así como la búsqueda de apoyo en sus redes sociales y familiares como parte del proceso y su participación en los rituales de despedida.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Tras tres meses posteriores a su egreso, la paciente refirió no considerar pertinente se instalación en psicoterapia dado que las estrategias que había obtenido le eran suficientes para poder enfrentar las problemáticas subsecuentes y llevar a cabo el plan de vida que se esbozó con ella en las sesiones finales sin embargo, se sugirió contemplar el acompañamiento psicológico para poder afrontar el estrés ante el confinamiento aunado a la búsqueda de cumplir los objetivos profesionales-laborales.

La paciente señaló que regresaría a Puebla con sus familiares durante una temporada para poder retomar la escritura y finalizar su titulación, también quedó pendiente su cita con el ginecólogo dado que el semáforo epidemiológico seguía en rojo al momento del egreso y la paciente prefirió esperar al cambio de las indicaciones para poder acudir.

Caso 9.

Paciente femenina de 18 años, soltera, quien se define a sí misma como heterosexual, estudiante de primer semestre de Medicina veterinaria y zootecnia en la Facultad de Medicina veterinaria y zootecnia, campus Ciudad Universitaria, UNAM. Es la hija menor de dos hijas, no fue referida de ninguna institución o programa previo, cuenta con el diagnóstico de Síndrome de intestino irritable dado en julio del 2019 y refiere no tener tratamientos psicológicos previos y tener una sola visita al médico gastroenterólogo para tratamiento del intestino irritable, sin embargo, presentaba falta de adherencia al seguimiento de su plan alimenticio y de actividad física recomendadas.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 134 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "tengo muchas preocupaciones en mi cabeza, está llena de ideas y a veces siento que mi corazón se acelera mucho o me cuesta trabajo respirar, también siento mucho hormigueo en las piernas, en las manos o a veces en la cara y la sensación de tener mucho calor y sudo muchísimo, usualmente imagino que las cosas no me van a salir o que seguramente me voy a equivocar y me da mucho miedo y mucho tiempo me paso preocupada porque no quiero reprobar ninguna materia" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes el estrés académico con su ingreso a la universidad (primer semestre), la realización de trabajos en equipo, los exámenes y la organización de los horarios; estrés familiar al recibir retroalimentación negativa sobre sus decisiones académicas o personales y estrés social al percibirse lejana de las relaciones o al tener que iniciar interacciones con nuevos pares.

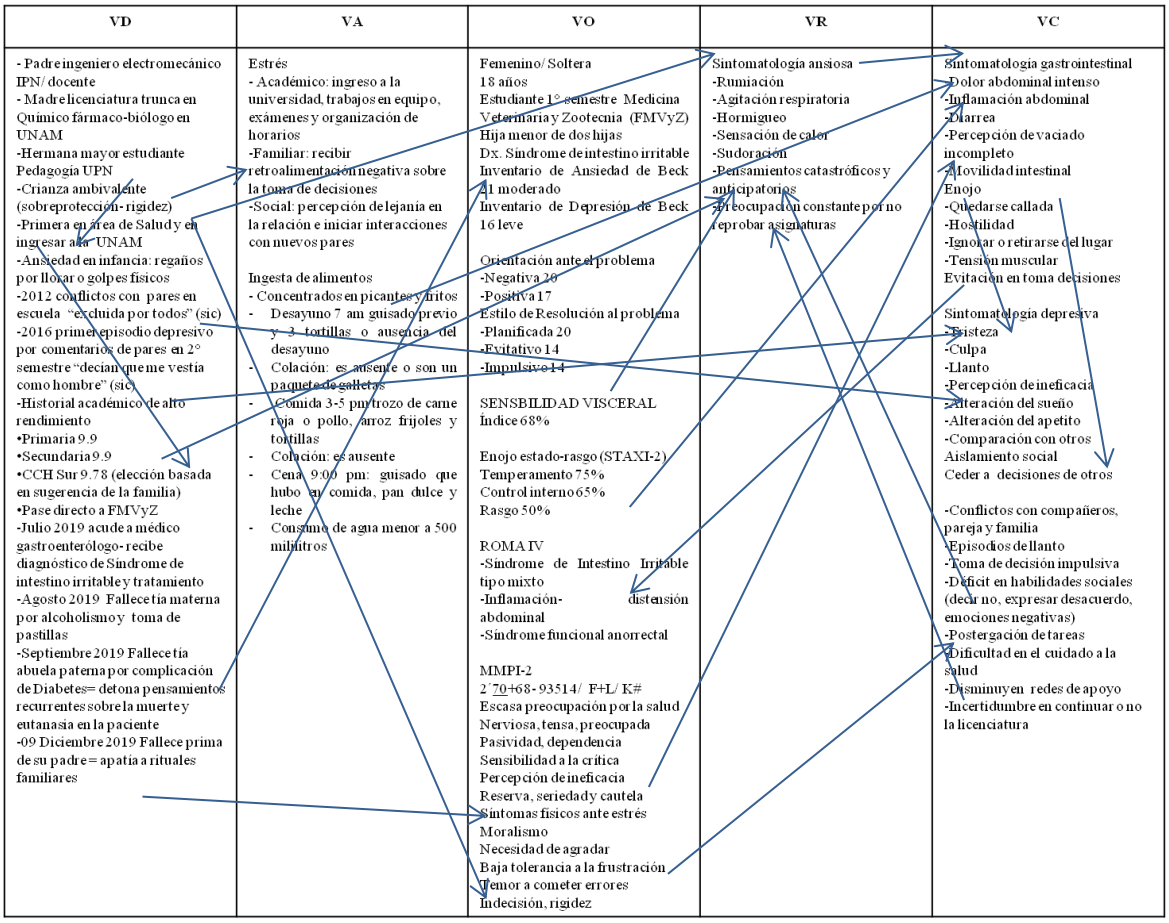
En cuanto a su ingesta de alimentos, eran concentrados en picantes y alimentos empanizados. Su desayuno era a las 7 a.m. con un guisado de la noche anterior y en algunas ocasiones era ausente, la colación del desayuno a la comida era ausente o solía ser un paquete de galletas, la comida a las 3 o 5 pm con un guisado y tres o cuatro porciones de cereales, la colación entre la comida y la cena era ausente y en la cena volvía a ser guisado o un pan dulce o leche, por último, su consumo de agua natural era menor a 500 mililitros ya que había preferencia por bebidas azucaradas.

Como consecuencias tenemos se exacerba la sintomatología gastrointestinal como dolor abdominal intenso, la inflamación, la diarrea, la percepción de vaciado incompleto, la movilidad intestinal, así

como el enojo con quedarse callada, estar más hostil, ignorar y retirarse del lugar, así como tensión muscular y la evitación en tomar decisiones.

Que genera a mediano plazo sintomatología depresiva con tristeza, culpa, llanto, percepción de ineficacia, alteración del sueño y mayor dificultad para poder despertar por las mañanas, alteración del apetito (mayor apetito), se compara con otros compañeros, se aísla socialmente y cede a las decisiones ante la presión de otras personas (específicamente sus padres), tiene conflictos con compañeros, pareja y familia que le llevan a episodios de llanto repentinos, toma de decisiones impulsivas tras la evitación continua y un déficit en habilidades sociales (decir no, expresar desacuerdo o emociones negativas), posterga las tareas y tiene dificultad en el cuidado de su salud que repercute en la incertidumbre en si continuar o no una licenciatura.

Figura 134. Mapa de Patogénesis del caso nueve, atendido en el protocolo.



Como variables en su historia de vida tenemos un padre que es Ingeniero electromecánico y docente del Instituto Politécnico Nacional y una madre con licenciatura trunca en Químico farmacobiólogo en la UNAM, su hermana mayor era estudiante de pedagogía en la Universidad Pedagógica Nacional

y la presión en la paciente era “todos son muy exitosos en lo que hacen y mi mamá dice que justo no sabe para qué tanto me estreso pero si digo que algo ya lo sé me dice que no empiece a sentirme que todo lo sé” (sic. pac.).

El estilo de crianza era ambivalente con sobreprotección y rigidez en las normas, la paciente es la primera en el área de salud en ingresar a la UNAM y menciona antecedentes de ansiedad en la infancia ante los regaños por parte de sus padres y los reclamos por llorar, así como violencia física. En el 2012 tiene conflictos en la escuela y refiere sentirse excluida por todos sus compañeros y en el 2016, presenta su primer episodio depresivo por comentarios en el segundo semestre de preparatoria en que la paciente refiere “decían que me veía como un hombre y eso me hacía sentir muy triste porque yo usualmente no me arreglo tanto” 8sic pac.), su historial académico es de alto rendimiento con promedios de 9.9 y 9.7, su decisión para la elección del plantel en el que haría la preparatoria fue basada en la sugerencia familiar ya que en dicho plantel estudio su hermana y su padre.

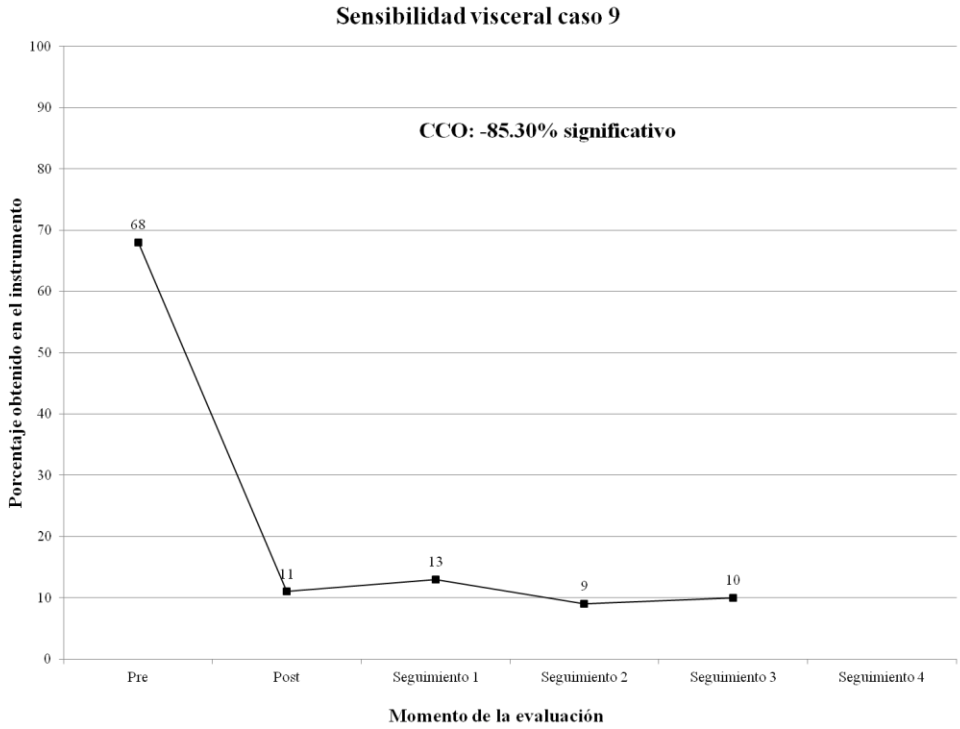
Mete pase directo a la Facultad de Medicina veterinaria con indecisión y en julio del 2019 acude con el médico gastroenterólogo y le da diagnóstico de Síndrome de intestino irritable junto con tratamiento para los síntomas agudos, en agosto del 2019 fallece su tía materna por alcoholismo y toma de pastillas, en septiembre de 2019 fallece su tía abuela paterna por complicaciones de diabetes lo cual detona los pensamientos recurrentes sobre la muerte y sobre su responsabilidad para vivir y aprovechar todo al máximo y el 09 de diciembre del 2019 fallece una prima de su padre y la paciente se aparta de los rituales familiares porque está cansada de hablar de la muerte y la enfermedad.

Sensibilidad visceral.

La paciente presentó un porcentaje del 68% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas familiares y académicos además de acostumbrarse a su segundo semestre en línea en el contexto de confinamiento (figura 135).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 11%, cuya puntuación incrementó en el primer seguimiento al mes con un 13% y al segundo seguimiento a los dos meses con un 9% y para el tercer seguimiento a los tres meses disminuyó a un 10%. El cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -85.30%.

Figura 135. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso nueve)



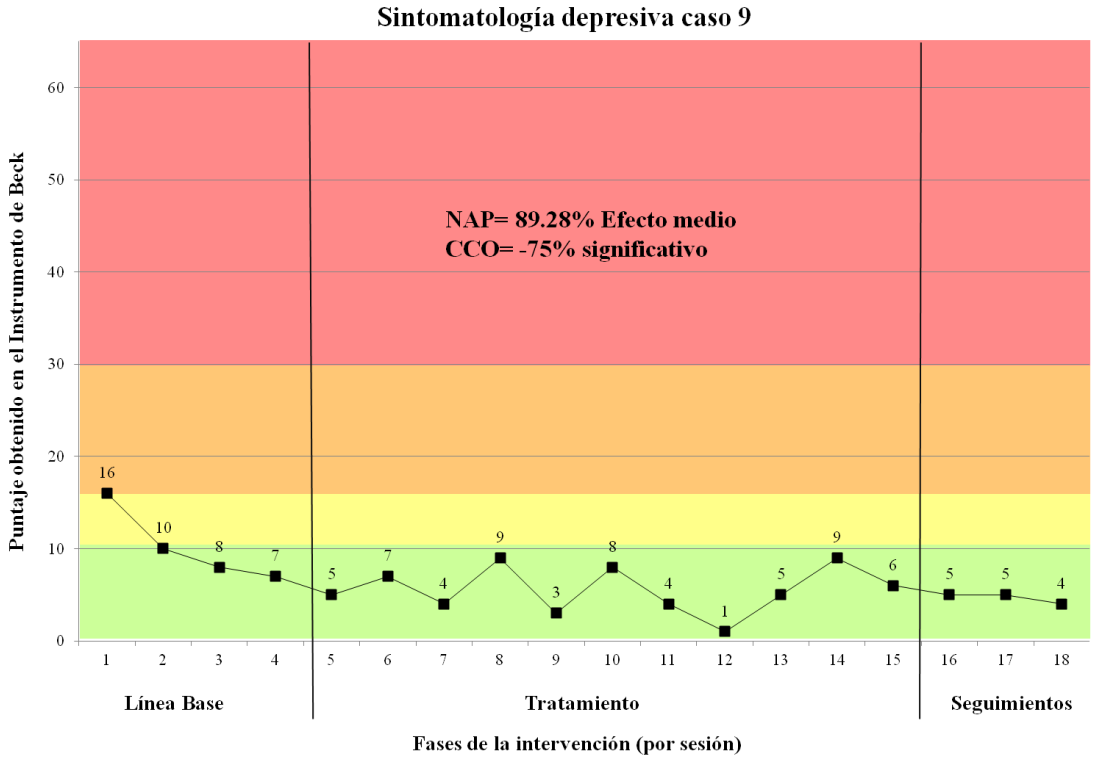
Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel mínimo-moderado de sintomatología depresiva entre siete a dieciséis puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se mantuvo en seis puntos que representa un nivel mínimo al finalizar. Durante los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo, a partir de la sesión once, la paciente se encontraba en tratamiento farmacológico con Fluoxetina 1-0-0.

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-quince), los puntajes de síntomas depresivos se mantuvieron en un nivel mínimo con incrementos de cuatro a cinco puntos ante situaciones de entrega académicas, problemas con sus padres y al estar en confinamiento y su readaptación a las condiciones ya que su familia decidió irse a su casa de Cuernavaca donde tenían problemas de conexión a internet (figura 136).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 89.28% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del -75%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Figura 136. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 9)

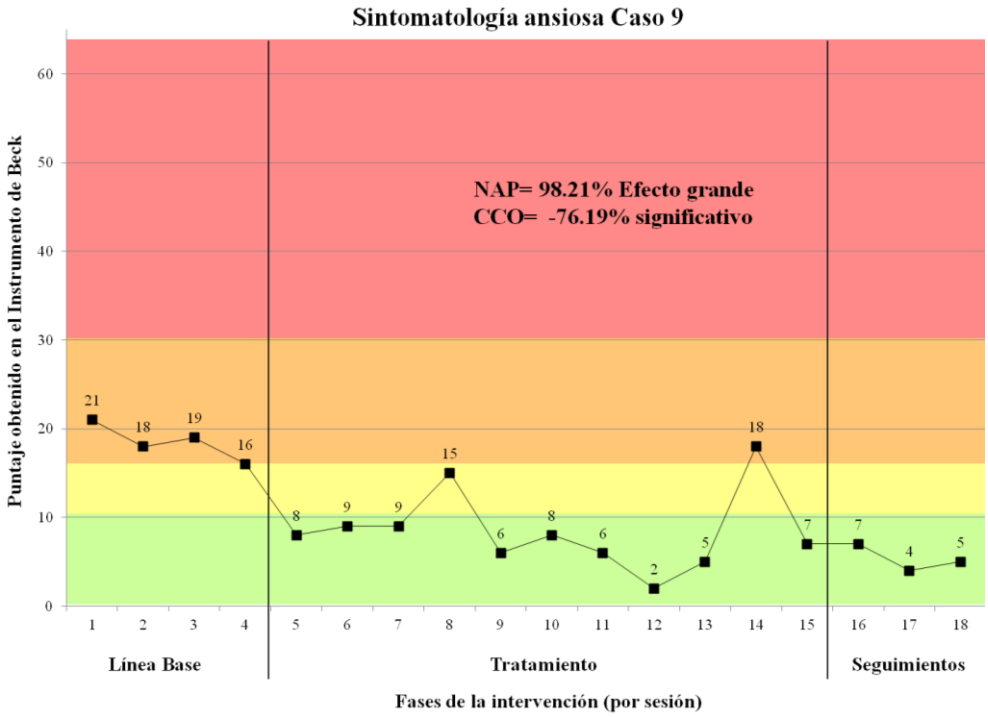


Sintomatología ansiosa.

El paciente ingresó con puntuaciones moderadas entre dieciséis a veintiún puntos en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y en las sesiones ocho, diez y catorce tuvo incrementos de dichos síntomas ante la pandemia COVID-19, los fines de semestre y la elección de materias para el segundo semestre que conllevaron a incrementos de ansiedad según refirió la paciente “si de por sí en clases en persona me daba miedo no aprender ahorita creo que en línea me siento con más huecos y así me da ese miedo de no poder” (sic. pac.).

La paciente tras el tratamiento se fue con un nivel mínimo en la sintomatología ansiosa (figura 137) y en los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo con un tiempo máximo de tres meses después de la intervención, se obtuvo un tamaño de efecto grande con un 98.21% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -76.19% con decremento de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

Figura 137. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 9)



Enojo.

Respecto al manejo del enojo se encontró que la paciente mejoró en el rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) pasando del 60% al 5% y con un índice clínico significativo negativo del -90%, de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) pasando del 75% al 1% y con un índice clínico significativo negativo del -98.67% así como en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) pasando del 25% al 20% con un índice clínico de cambio del -20% como se muestra en la figura 138.

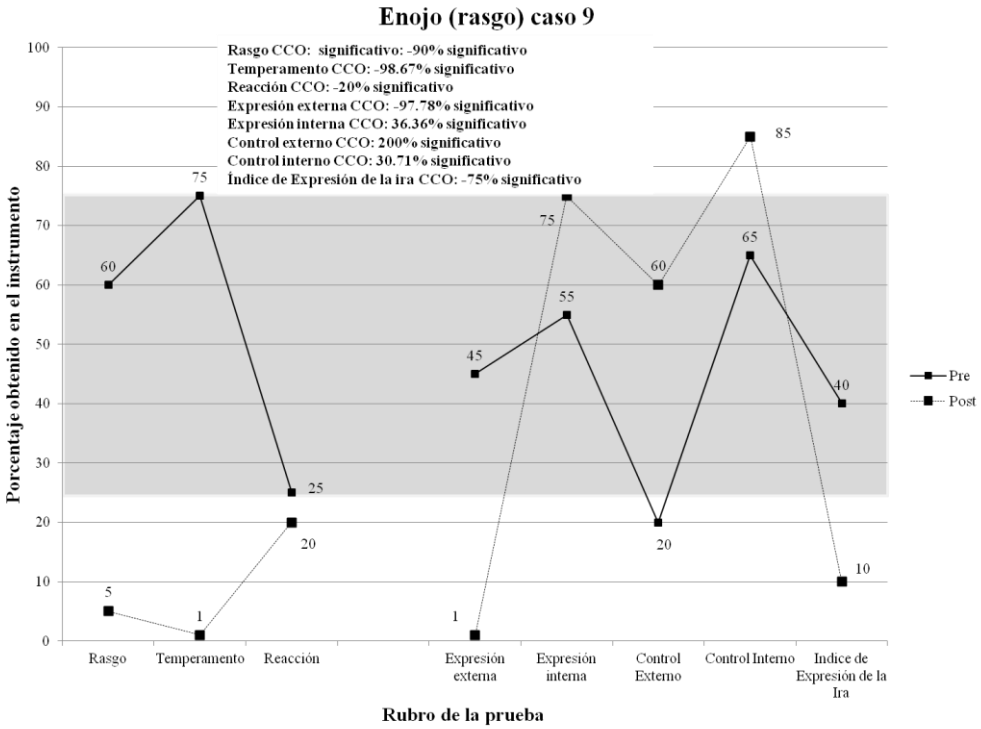
En cuanto a las escalas de expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) pasó del 45% al 1% con un índice clínico significativo negativo del -97.78% con una mejoría en poder expresar su punto de vista y en cuanto a la expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) con un incremento del 55% al 75% y un índice clínico positivo significativo del 36.36% dado que "estar encerrada con mis padres en serio a veces me hace que esté más tiempo conteniendo lo que quiero decir así que intento pero aún es difícil" (sic. pac.).

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que incremente posterior al tratamiento y se encontró un índice clínico positivo significativo en el control externo que pasó del 20% al 60% con un índice de cambio clínico de 200% y en el interno pasó del 65% al 85%

con un índice clínico del 30.71% lo cual se relaciona con el entrenamiento del paciente en asertividad y estrategias de autocontrol ante el enojo en situaciones sociales y familiares.

Por último, se disminuyó el índice general de la ira mostró un índice clínico significativo negativo en que, ante la mejora en las estrategias de control y una disminución de expresión externa e interna, así como de los aspectos relacionados en el temperamento y en la reacción disminuyó los efectos negativos sociales y físicos ante la ira pasando del 40% al 10% con un índice clínico negativo significativo del -75%.

Figura 138. Cambios en la expresión y valoración del enojo a lo largo del tratamiento (caso 9)



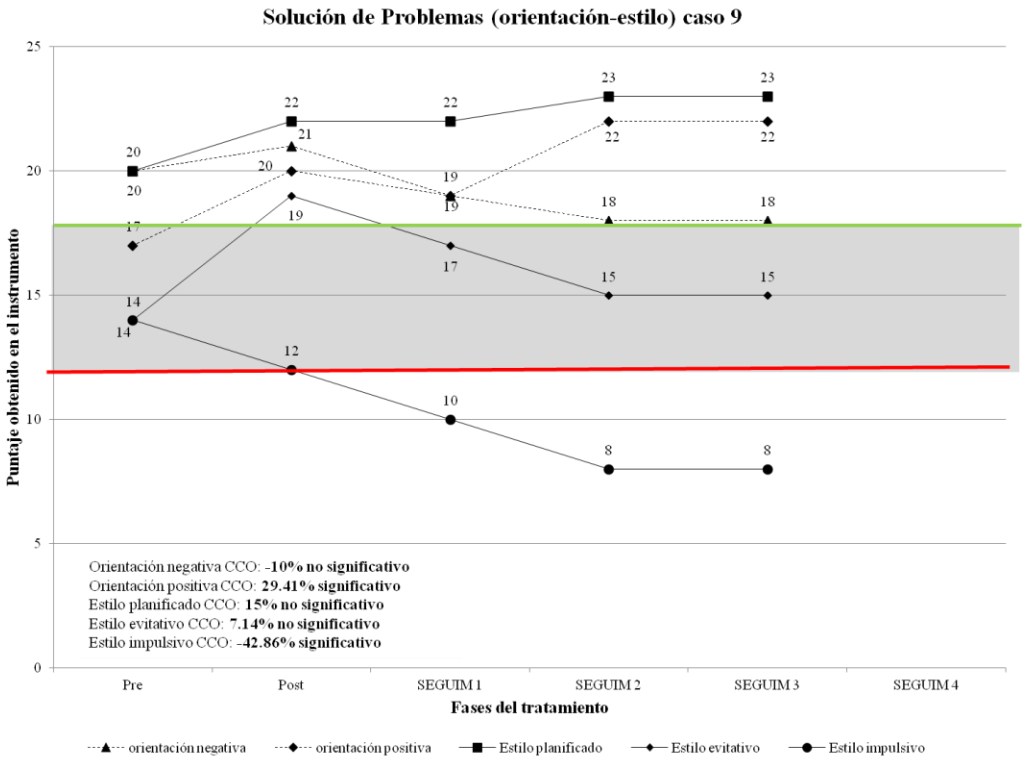
Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación positiva o funcional al inicio del tratamiento más alta respecto a una negativa o poco funcional. Respecto a la orientación negativa pasó de veinte puntos a dieciocho en el último seguimiento tras tres meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo no significativo del -10%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con diecisiete puntos y finalizar con veintidós y con un índice clínico no significativo positivo dado que requiere mayor aplicación de la habilidad, se obtuvo un índice de 29.41%.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de catorce a ocho puntos y un índice de cambio negativo no significativo del -42.86% y en el estilo evitativo pasó de catorce a quince puntos y un índice de cambio clínico positivo no significativo del 7.14% dado que la paciente menciono “es que ahora enfrento más situaciones nuevas y creo que por eso aún sigo evitando” (sic. pac.).

Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo no significativo de 15% dado que el paciente ingresó con veinte puntos e incrementó a veintitrés puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad pero que requiere mayor práctica (figura 139).

Figura 139. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 9)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea y estreñimiento dado sus resultados. Se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes e incremento de fibra y agua para los problemas de evacuación para poder recibir un plan acorde a sus necesidades además de poder acudir a seguimiento en ginecología dado que abandonó su tratamiento y no dio seguimiento a la valoración para conocer las alteraciones del período menstrual.

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (gases y ansiedad ante síntomas gastrointestinales) y en tres de ellos se obtuvo un efecto medio (los dolor abdominal, diarrea y estreñimiento e hinchazón abdominal), sin embargo, en los cinco síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 140 y 141).

Figura 140. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 9)

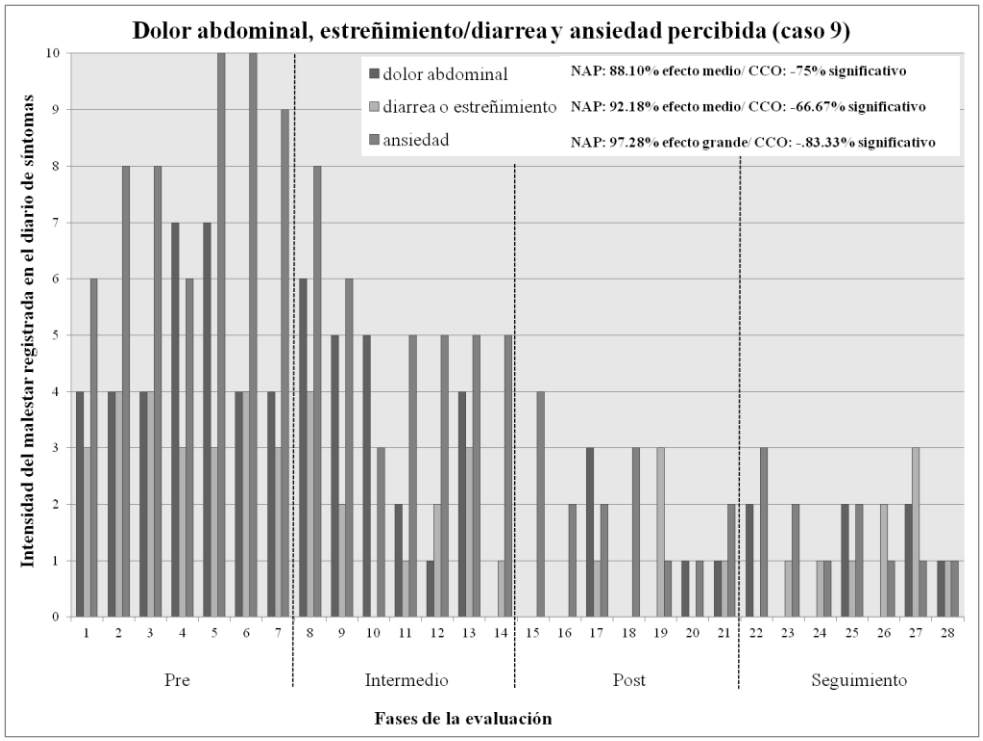
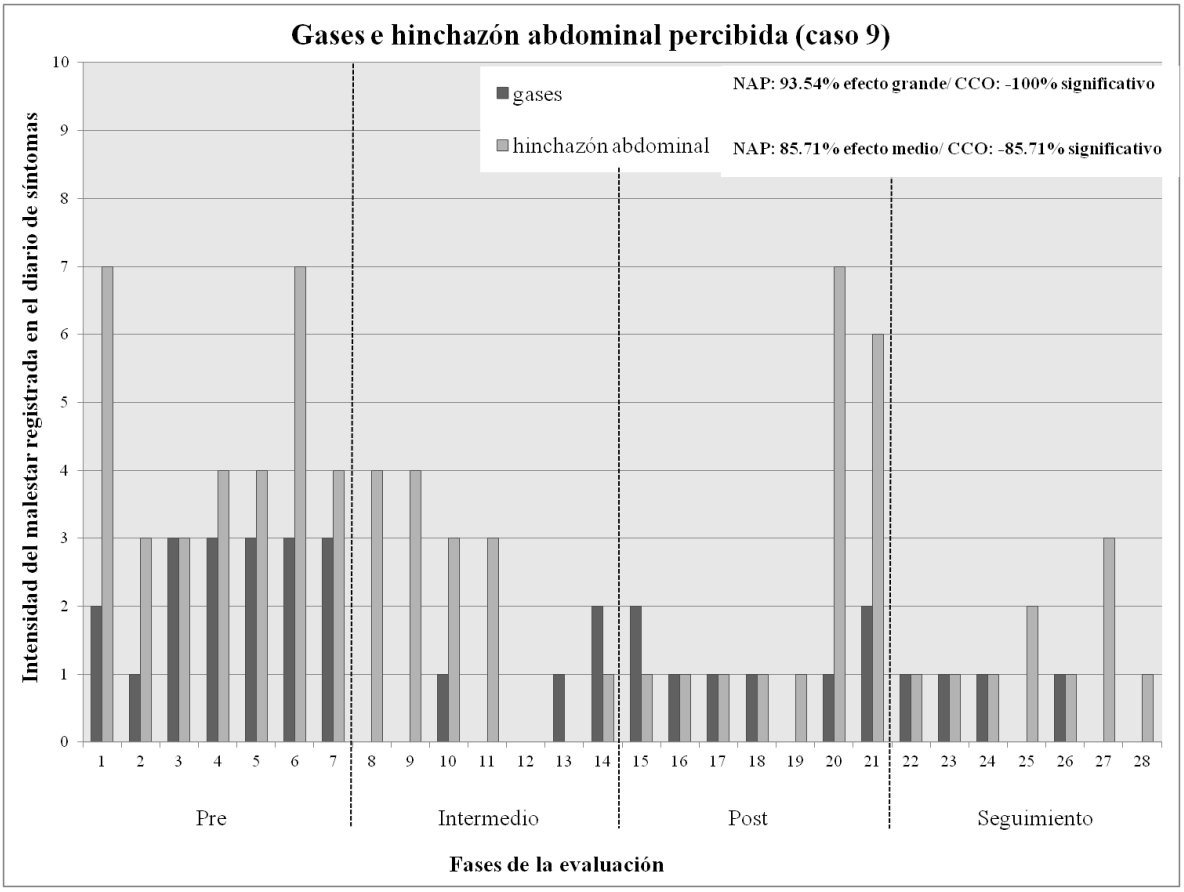


Figura 141. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 9)



Presión arterial.

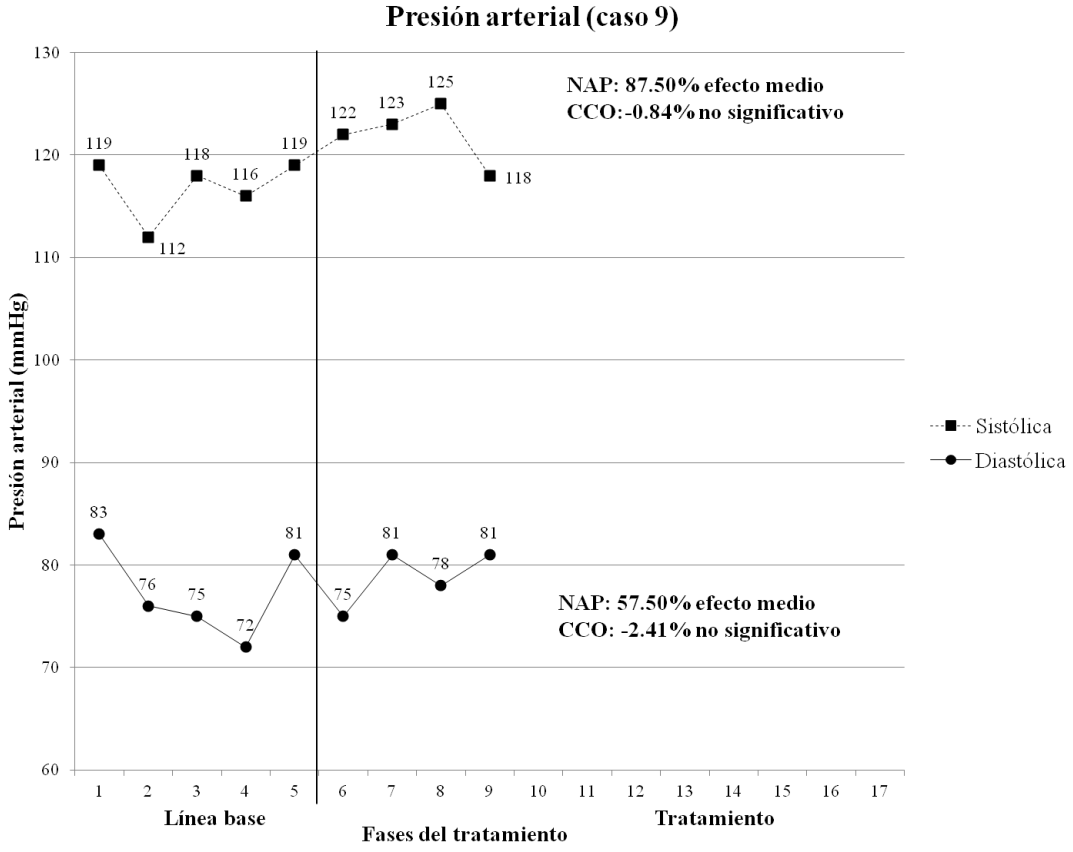
En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus hábitos de sueño, horario y número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 142, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto medio en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico negativo no significativo en la presión diastólica y sistólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico

cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud y estos valores son sensibles a las condiciones de estrés que la persona enfrenta.

Figura 142. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 9)

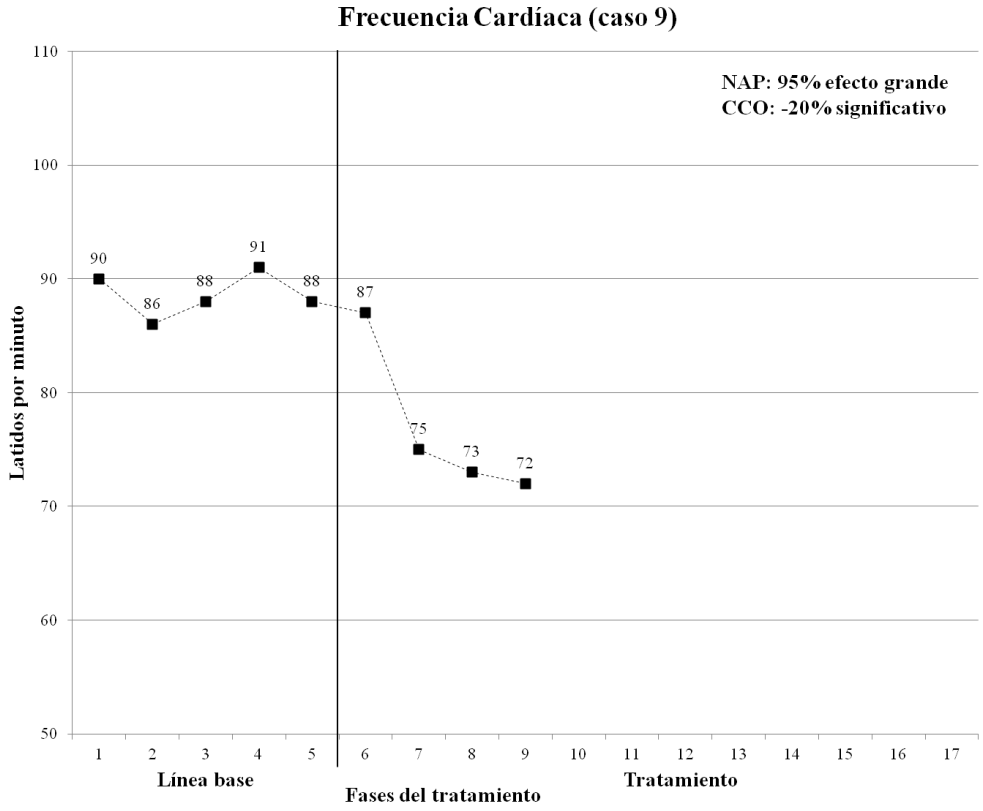


Frecuencia cardíaca.

Los valores que la paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta y seis a noventa y uno, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de setenta y dos pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto grande del 95% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -20% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario (figura 143).

Figura 143. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 9)

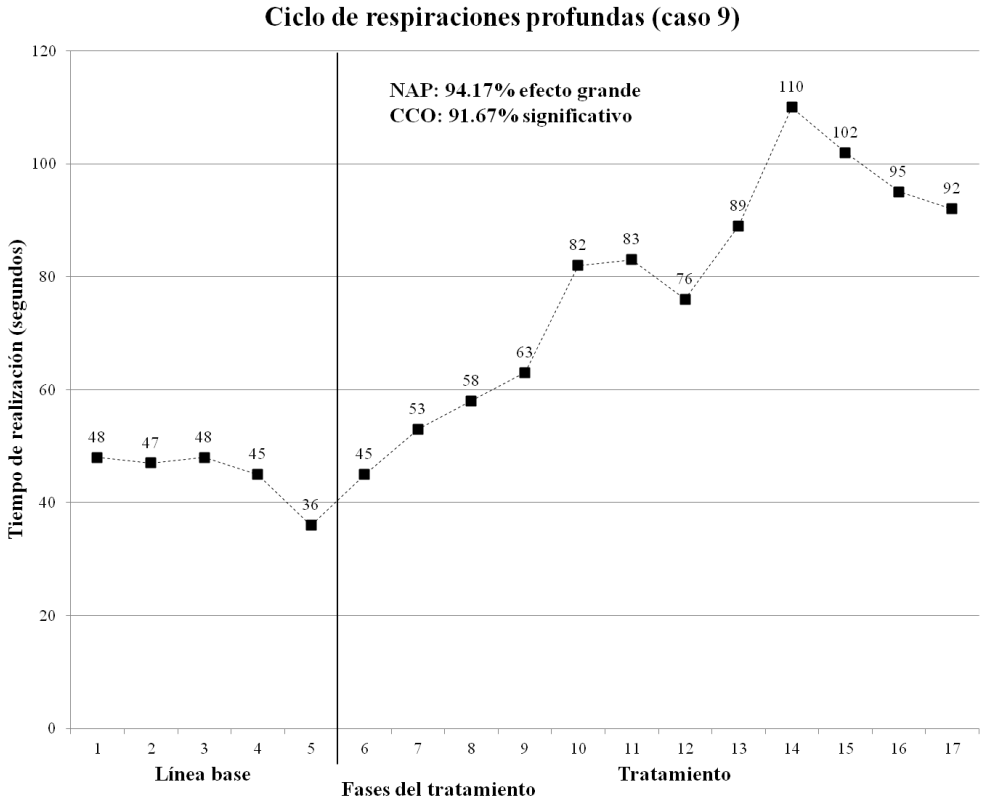


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que la paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que se realizara, se registró un máximo de cuarenta y ocho segundos, en promedio 6 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de "me cuesta mucho poder porque en el momento de recordarlo ya me siento agitada y me da preocupación" (sic).

Esta medida fisiológica se siguió tomando en modalidad video llamada y la observación de la ejecución de los tiempos de la paciente, en que obtuvo un tamaño de efecto grande con 94.17% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 91.67% (figura 144), llegando a ejecuciones de ciento diez segundos con un tiempo promedio de 13.8 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 144. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 9)

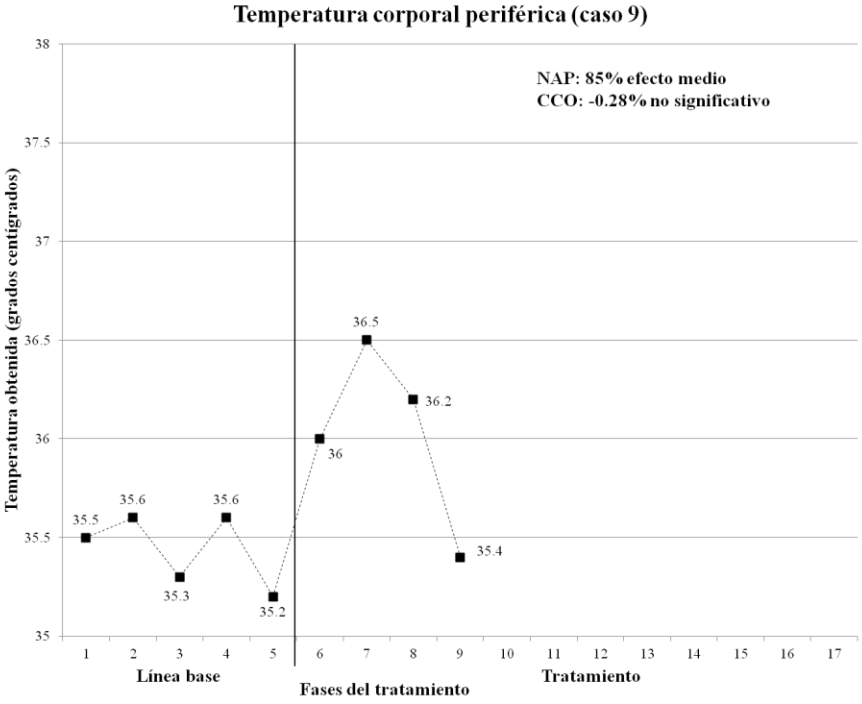


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.2 a 35.6° centígrados y el auto reporte de "siempre tengo las manos frías y cuesta a veces hasta escribir y es difícil porque las siento tiesas" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36.5° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la contingencia, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto medio con 85% pero con un índice clínico negativo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal y en el caso de la paciente las mediciones fueron en período decembrino y las temperaturas de la sede eran frías, sin embargo esta fue de -0.28% (ver figura 145).

Figura 145. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 9)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 146, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

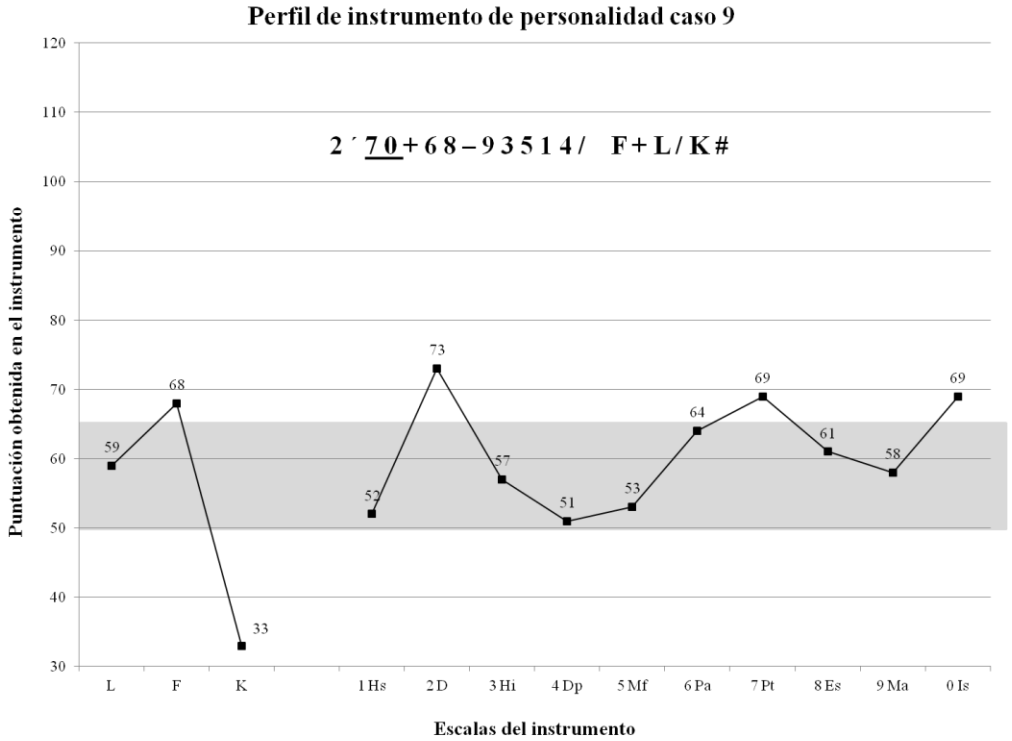
Los pacientes con este tipo de código reportan características de timidez, introversión y un déficit en las habilidades para poder establecer relaciones interpersonales; es frecuente observar signos de tensión y preocupación constantes y alteraciones en el estado de ánimo, como depresión, ansiedad y tensión. Los pacientes expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso.

Tienden a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran, reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de "fatalidad catastrófica" y presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento, se sienten infelices y tristes y son lentos en sus acciones, en su discurso y pueden presentar también lentitud en los procesos de pensamiento.

En las conversaciones por lo general se muestran muy pesimistas en cuanto a la superación de sus problemas. Otros los consideran meditativos, malhumorados y ensimismados. Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser religiosos y moralistas. Pueden tener expectativas altas y poco realistas acerca de si mismos. Presentan indecisión y sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos.

Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás. En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales. En general tienen una elevada motivación para la psicoterapia y están propensos a permanecer en ella por largo tiempo.

Figura 146. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 9)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

Dentro de los avances logrados con la paciente esta logró acreditar las materias del primer semestre con un promedio de 9.5 además de practicar estrategias de asertividad con sus compañeros y

profesores para poder ampliar la red de apoyo, ante sus dudas en la modalidad en línea y poder atenuar el estrés que presentaba.

Por otra parte, se entrevistó a sus padres y se les brindó psicoeducación en la ansiedad y depresión y la importancia de poder mejorar la comunicación familiar, así como la importancia del tratamiento psicológico y farmacológico de la paciente, la madre de la paciente expresó su interés por poder llevar a cabo un proceso de psicoterapia para el manejo de su enojo por lo cual se le brindaron alternativas y se dejó instalada.

La paciente refirió haber retomado contactos de compañeros de la preparatoria con quienes podía platicar, así como actividades de su interés diferentes a los escolares como la lectura, la pintura y escuchar música en que la paciente refirió tener mayor energía para poder realizar sus actividades académicas.

La paciente se quedó instalada en un servicio de tratamiento médico con el monitoreo de su plan alimenticio y con una prescripción farmacológica de Fluoxetina 1-0-0 y Loflazepato de etilo ½-0- ½. El médico tratante reportó que la paciente había ganado porcentaje de masa muscular y bajado el porcentaje de grasa visceral, aunque no aumentó ni bajo kilos además de bajar 4 centímetros de inflamación abdominal.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Se consideró pertinente poder instalar a la paciente en un proceso de psicoterapia para el acompañamiento al plan de ejecución para el segundo semestre con el inicio de prácticas curriculares mencionadas en su plan de estudios.

Los aspectos que se pueden fortalecer con la paciente fueron el fortalecimiento de las habilidades sociales, así como el monitoreo de su situación emocional ante la pandemia y en mayor convivencia con la familia para el mantenimiento de su plan alimenticio y cuidados a la salud.

Caso 10.

Paciente femenina de 24 años, soltera, que se define a sí misma como homosexual, pasante de la licenciatura en Psicología de la universidad CUDEC, terapeuta en el DIF con intervenciones grupales. No fue referida ni derivada de ninguna institución, cuenta con diagnóstico de síndrome de intestino irritable desde febrero 2019 y síndrome de ovario poliquístico y Obesidad en febrero 2018 presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y el seguimiento de su plan alimenticio, así como de sus citas subsecuentes. Niega haber tenido algún tratamiento psicológico y señala tener más de cinco visitas a gastroenterólogos y dos ginecólogas.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 147 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "me preocupa constantemente qué va a ser de mi futuro, tengo mucho miedo a tomar decisiones y equivocarme, me la paso pensando sobre todos los errores que he cometido a lo largo de mi vida y mis ideas suelen ser demasiado negativas o siempre veo todo lo peor que podría pasar respecto a mi salud y qué tal si no se me quita esta enfermedad (síndrome de intestino irritable), tensión muscular en los hombros y el estómago y tengo mayor apetito de lo usual" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes las demandas familiares de aportar al ingreso familiar, la ejecución de talleres en su centro de trabajo con la falta de experiencia que percibe en ella, la postergación de la titulación para realizar los trámites y la baja remuneración económica en el DIF (ganando de $30 a $50 por día), las dudas sobre su orientación sexual dado que es su primera relación homosexual aunado a una falta de apego al tratamiento médico y alimenticia bajo el argumento de "Porque si me lo propongo puedo mentalizarme sola y se me quitará la enfermedad" (sic. pac.), haciendo referencia al intestino irritable y al ovario Poliquístico.

En cuanto alimentación encontramos concentrados de picantes, alimentos fritos y empanizados, su desayuno es a las 10 am con un guisado previo y dos panes o cuatro tortillas; la colación suele ser papas fritas onduladas o un frapé con café y galletas o pan dulce; la comida suele ser un pan dulce con guisado o Pizza (hasta 6 rebanadas) y de cinco a siete tortillas a las 7 de la noche, la colación entre la comida y la cena es ausente y la cena es entre 11-12 am, un sándwich o tres quesadillas con salsa. Además, su consumo de agua es menor a 250 mililitros.

Esto le genera como consecuencia que la sintomatología gastrointestinal se exacerbe con dolor abdominal intenso, inflamación abdominal y estreñimiento. En cuanto a enojo, mayor hostilidad y gritos o reclamos a familiares, episodios de llanto y resentimiento además de consumo de tabaco (de dos o tres cigarros por día). A mediano plazo sintomatología depresiva con tristeza, culpa, llanto, percepción de ineficacia, comparación con otros y alteración del sueño con insomnio que le lleva a aislarse socialmente y tener mayor frecuencia de conflictos con la familia (específicamente con su padre), evita pensar en los problemas y en las soluciones y acude a servicios médicos ante sus síntomas agudos gastrointestinales, pero no da seguimiento a las indicaciones médicas. Otras consecuencias con los problemas económicos, el déficit en habilidades sociales para expresar desacuerdo y ser asertiva y un consumo de alcohol de 3 litros cada mes.

Cómo variables en la historia de vida tenemos una familia conservadora y religiosa, la paciente es originaria de Puebla y reside en la Ciudad de México desde hace cinco años, menciona un estilo de crianza ambivalente y carente de reglas, bullying por parte de amigas en la infancia por su peso lo cual le llevó a problemas de anorexia y bulimia en la adolescencia.

Académicamente sus promedios han sido regulares alrededor de ocho, menciona haber realizado el examen de ingreso a la UNAM en el 2012 y no acreditarlo; en el 2013 hizo dos intentos más y no ingresa, en el 2014 realiza otros dos intentos a la UNAM y a la UAM y no ingresa y en el 2016 hace su último intento a la UNAM en secreto y no lo logra, lo cual genera tensión familiar y reclamos por no haber podido ingresar.

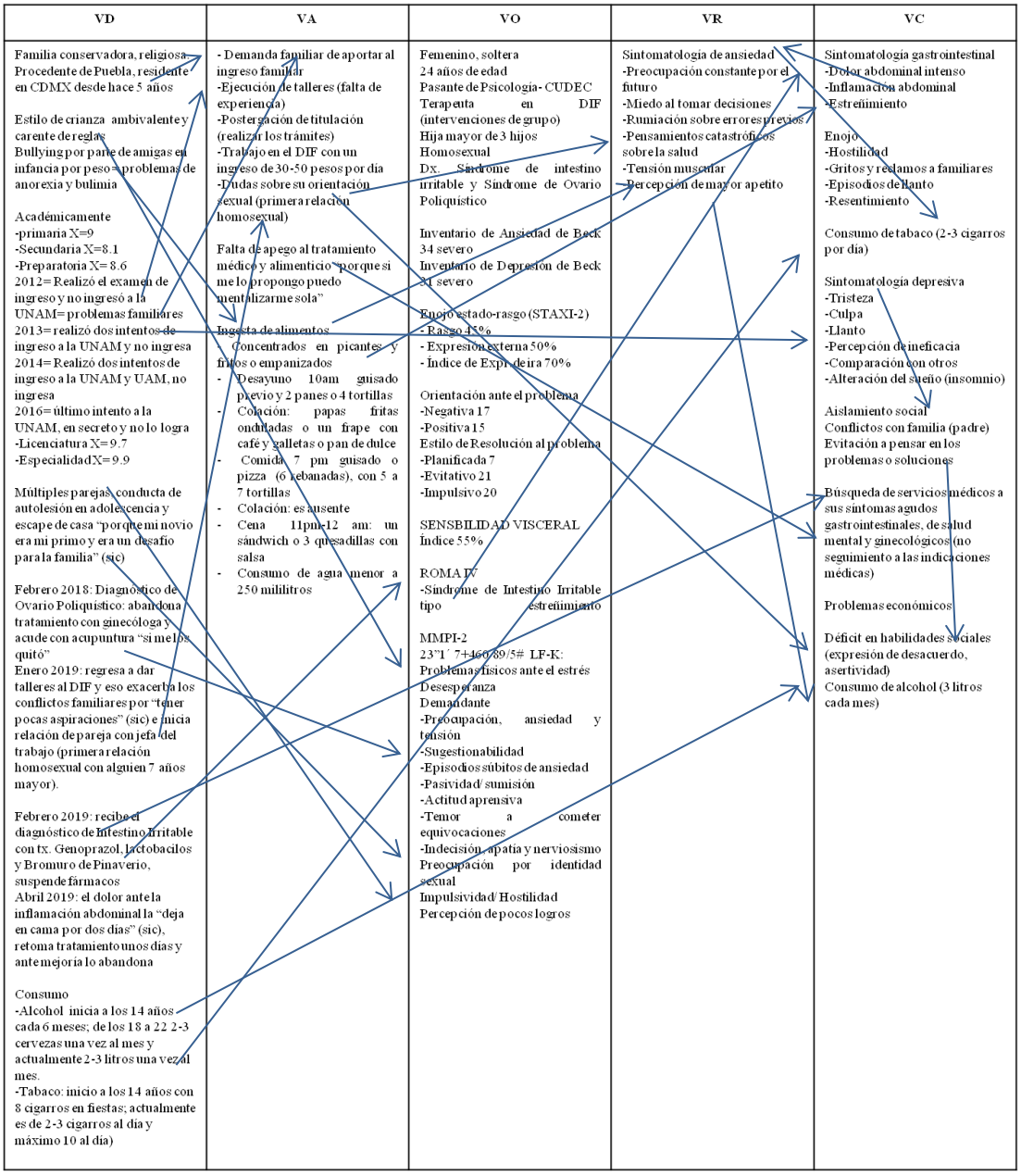
Concluye su licenciatura en otra Universidad y actualmente se encuentra haciendo la especialidad, refiere múltiples parejas en la adolescencia, conductas de autolesión y escape de casa según refiere “porque mi novio era mi primo y era un desafío para la familia así que me emocionaba” (sic. pac.) y en el 2018 en febrero le diagnostican Síndrome de Ovario Poliquístico, pero abandona el tratamiento con la ginecóloga y acude a tratamiento con acupuntura en que refiere “si me los quito y de verdad ya no tengo los quistes” (sic. pac.), aunque señala que no se ha hecho ningún estudio para corroborarlo.

En enero 2019 regresa a dar talleres al DIF y eso detona los conflictos familiares por tener “pocas aspiraciones” (sic. pac.) e inicia la relación de pareja con su jefa del trabajo con quien tiene su primera relación homosexual y es siete años mayor que la paciente. En febrero 2019 recibe el diagnóstico intestino irritable y tratamiento con Genoprazol, Lactobacilos y Bromuro de Pinaverio sin embargo suspende el tratamiento tras tres semanas de tomarlo y en abril 2019 el dolor es agudo y refiere “me

dejó en cama por dos días y tuve que retomar el tratamiento, pero sólo lo tomé algunos y cuando mejoré los volví a dejar" (sic. pac.).

En cuanto a sustancias, inició el consumo de alcohol a los catorce años cada seis meses, de los dieciocho a los veintidós eran dos a tres cervezas una vez al mes y actualmente son dos o tres litros una vez al mes. De tabaco inició a los catorce años con ocho cigarrillos en fiestas y actualmente es de dos a tres cigarros al día máximo han llegado a ser diez cigarros al día.

F**igura 147.** Mapa de Patogénesis del caso diez, atendido en el protocolo.



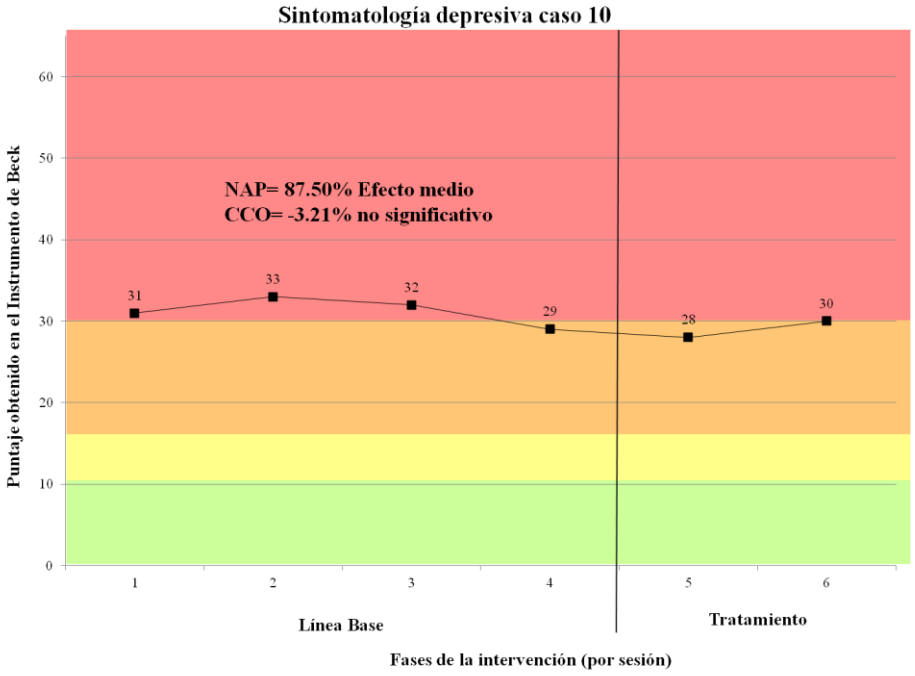
Sensibilidad visceral.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con su porcentaje inicial en este instrumento el cual resultó de 97.33%.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderada-severa de sintomatología depresiva entre veintinueve a treinta y tres puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se mantuvo en treinta puntos que representa un nivel severo en la última sesión a la cual acudió la paciente (figura 148). Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 87.50% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -3.21% al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Figura 148. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 10)

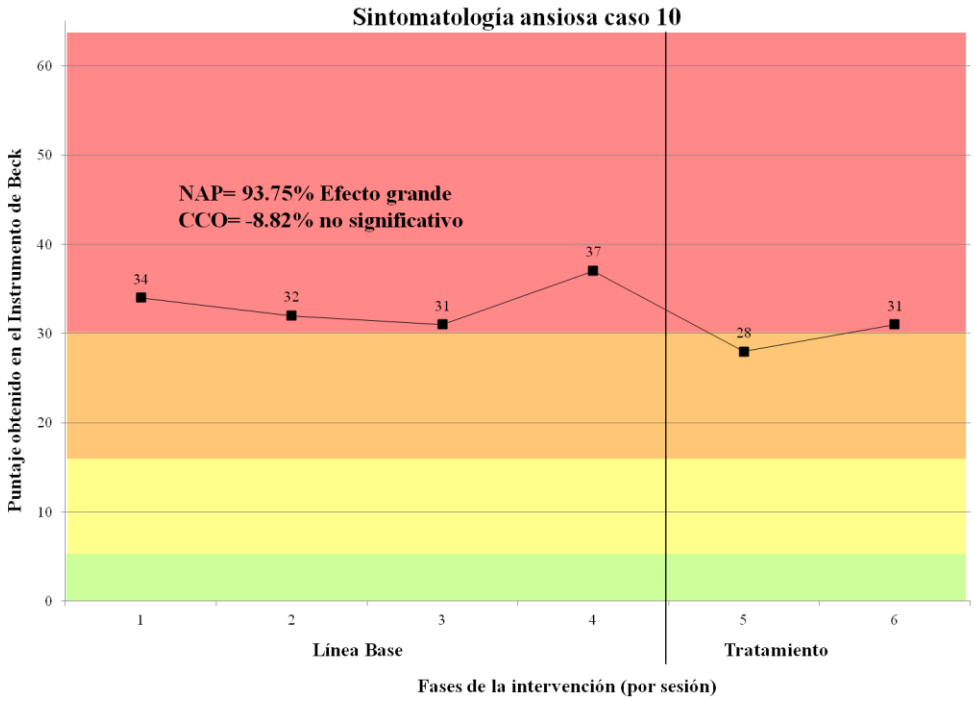


Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones severas en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento, la paciente no concluyó el tratamiento por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 149) en que se obtuvo un tamaño de efecto grande

con un 93.75% y un índice de cambio clínico negativo no significativo del -8.82% por la disminución de la sintomatología desde la primera evaluación hasta la última sesión.

Figura 149. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 10)



Enojo.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de enojo, respecto al rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) presentó un 45% que es un porcentaje medio, en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) presentó un 50% representando un nivel medio, mientras que en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) obtuvo un 30% con un nivel medio.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) obtuvo un 30% que pertenecía a la categoría de medio y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) obtuvo un 1% que pertenece al rango nulo/bajo. Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que estén en un punto medio, sin embargo, en el control interno obtuvo un 65% con estrategias de no expresión de la ira como la distracción y, por ende, la pasividad, síntomas de depresión y percepción de injusticia y en el externo puntuó con 10% con intentos en reprimir o no expresar dicha emoción. Por último, en el índice general

de la ira obtuvo un 25% representando problemas con el manejo de la ira que conllevan a problemas interpersonales y de salud ante esta emoción negativa.

Solución de problemas.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de solución de problemas, respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una mayor orientación negativa al problema con diecisiete puntos y en cuanto a la orientación positiva o funcional obtuvo quince puntos que se vería beneficiada de un entrenamiento. En cuanto a los estilos de solución de problemas presentó una mayor puntuación (veintiún puntos) en el estilo evitativo, seguido del estilo impulsivo (con veinte puntos) y por último el estilo planificado con siete puntos, que requería entrenamiento en solución de problemas.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados, sólo se logró obtener el diario de síntomas inicial por lo cual no se pudieron hacer comparaciones sin embargo se muestran en las figuras 150 y 151.

Figura 150. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 10)

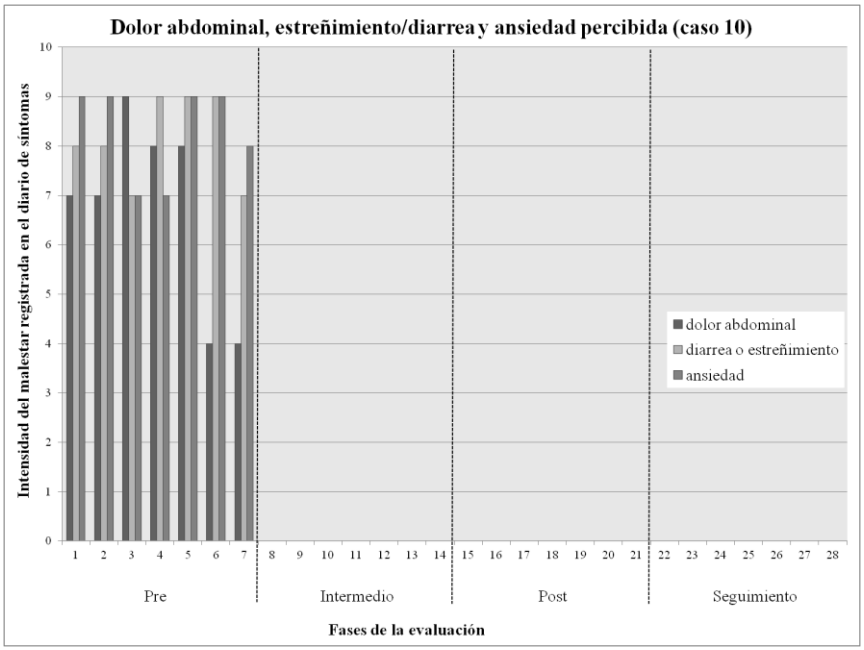
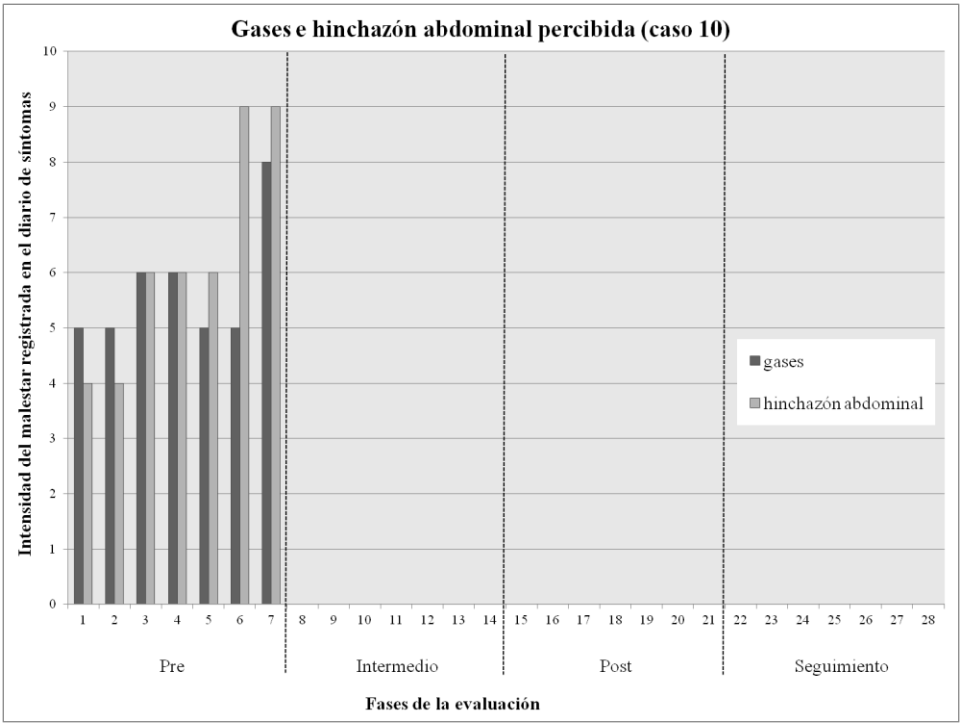


Figura 151. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 10)

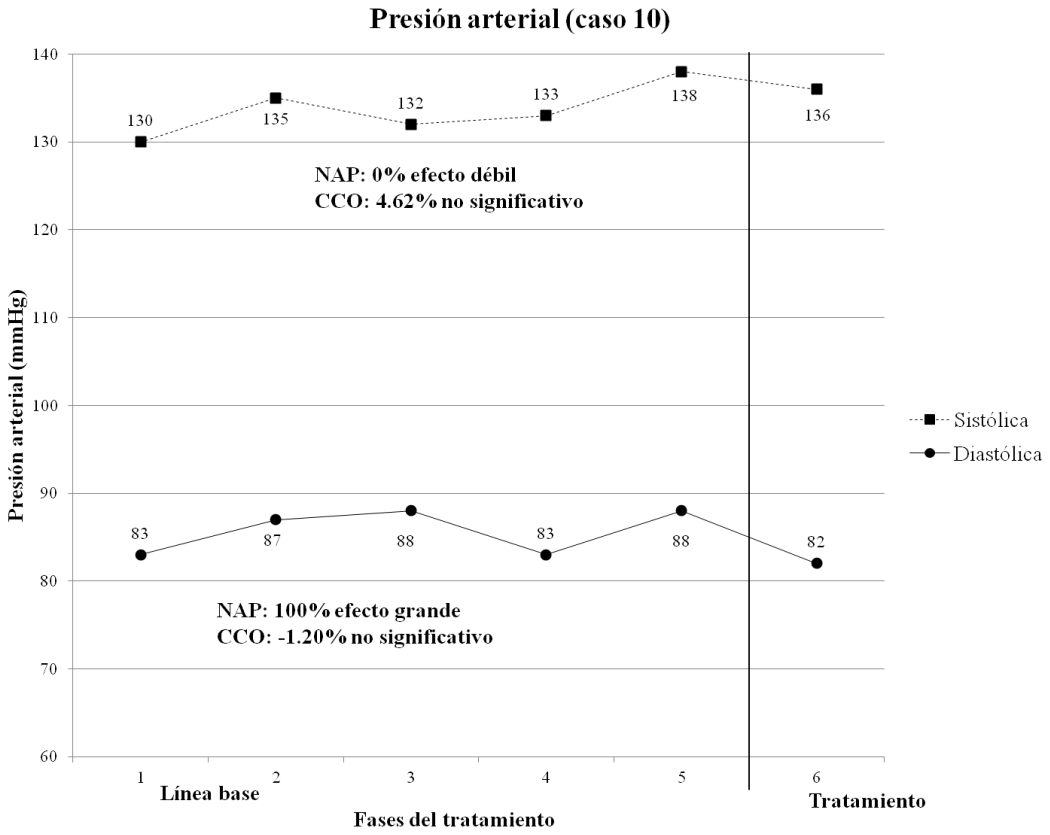


Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por encima de los 120 mmHg en la presión sistólica así como valores cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar y disminuir estos valores al modificar sus horarios de sueño, consumo de sustancias, disminución de peso y número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales.

Sin embargo, no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por el egreso voluntario de forma anticipada de la paciente por lo cual como se puede ver en la figura 152, el tamaño del efecto fue débil en la presión sistólica y en la diastólica fue grande sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en que se veía alterada la presión sistólica y un índice clínico negativo no significativo en la diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud y no se pudo llevar más que una sesión de tratamiento con la paciente a parte de las sesiones de devolución de resultados.

Figura 152. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 10)

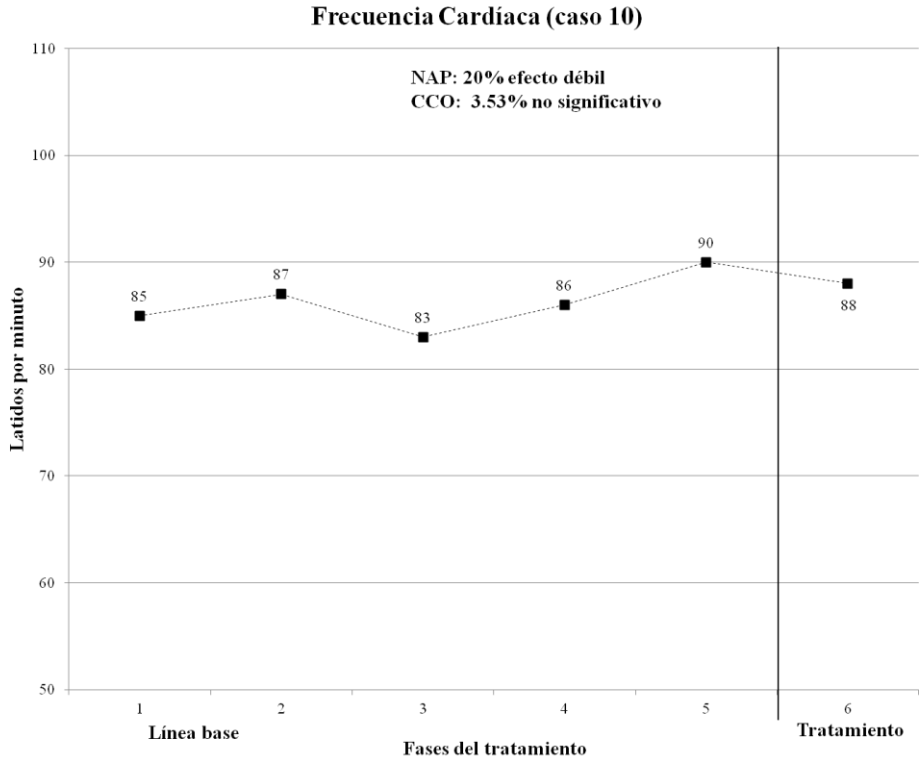


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta y tres a noventa y la última medición resultó de ochenta y ocho pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto débil del 20% y un índice de cambio clínico no significativo positivo del 3.53% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones no se cuentan con más mediciones en la fase de tratamiento (figura 153).

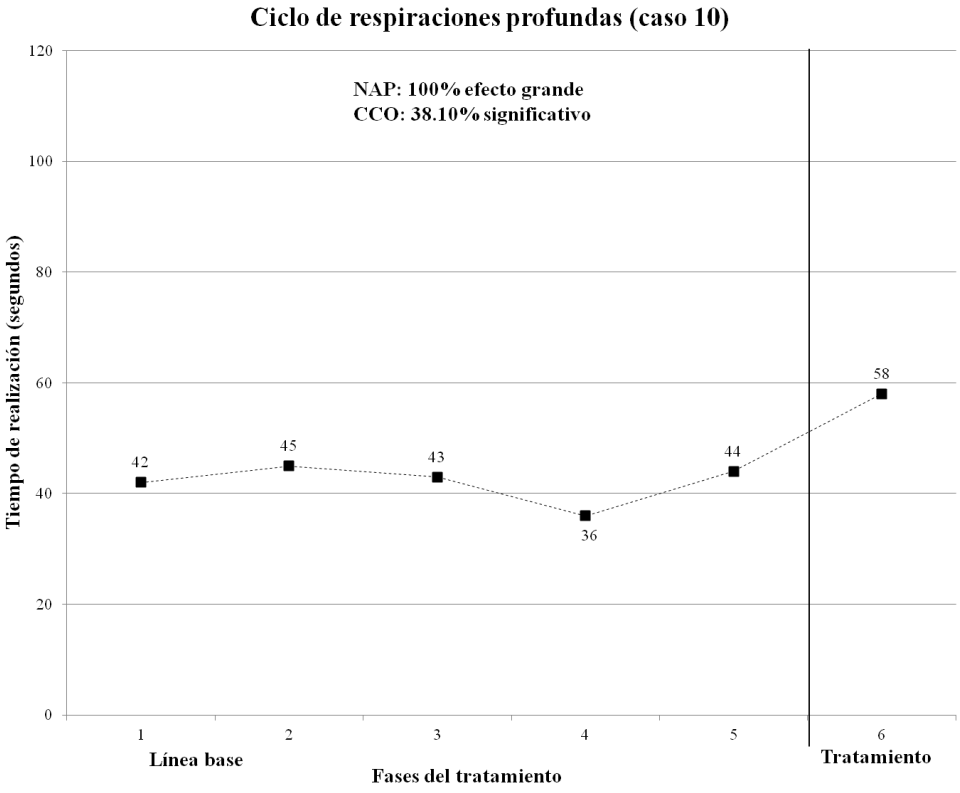
Figura 153. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 10)



Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de cuarenta y cinco en promedio 5.6 segundos por cada respiración diafragmática profunda y su última ejecución fue previo a entrenarle en estrategias de desactivación por lo cual fue de cincuenta y ocho segundos con un tiempo promedio de 7.2 segundos (figura 154).

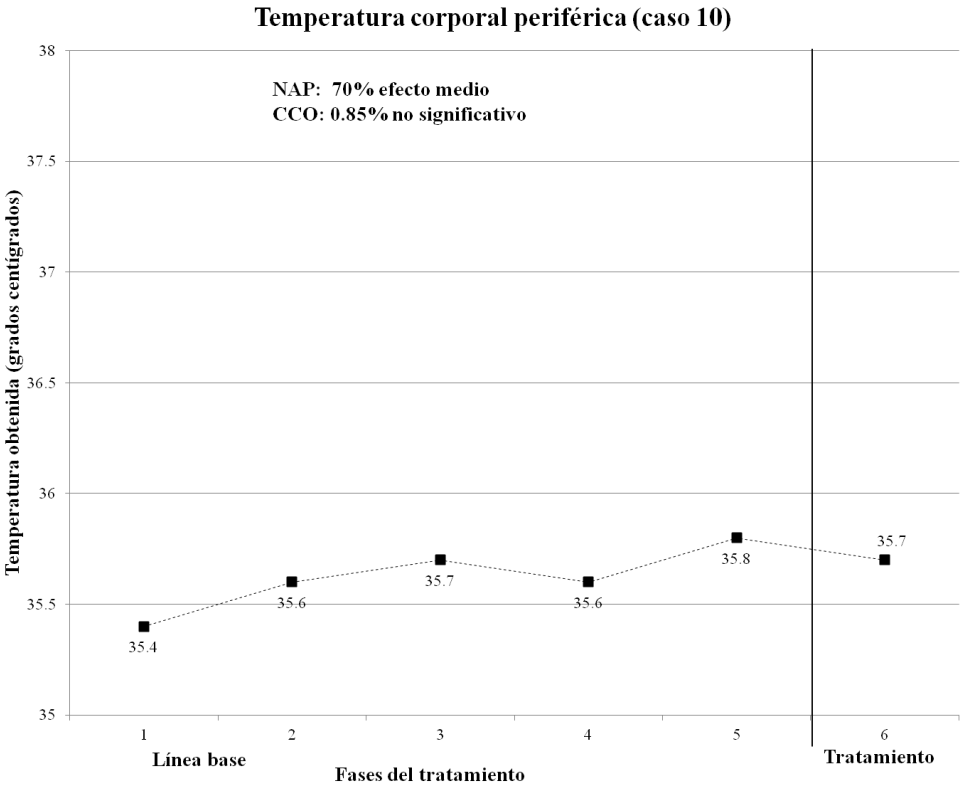
Figura 154. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 10)



Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.4 a 35.8° centígrados y el auto reporte de "según yo mis manos están normales, siempre están así" (sic. pac.) y su última toma fue previo a entrenarle en estrategias de desactivación por lo cual fue de 35.7° centígrado obteniendo un tamaño del efecto medio con 70% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo del 0.85% (ver figura 155).

Figura 155. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 10)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 156, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código informan problemas somáticos y dolor, se quejan de sentirse físicamente enfermos y están muy preocupados por su salud y funciones corporales. Informan debilidad, fatiga, mareos y problemas digestivos; prefieren las explicaciones médicas a sus síntomas y se resisten a las interpretaciones psicológicas. Se muestran ansiosos, tensos, nerviosos, intranquilos e irritables, con características de ensimismamiento e infelicidad. Generalmente muestran una pérdida de iniciativa. Pueden presentar un estado de ánimo deprimido.

Son cohibidos, introvertidos y tímidos en situaciones sociales, retraídas y solitarias. Experimentan dudas sobre su capacidad y muestran duda e indecisión incluso sobre cuestiones menores. Tienden a ser hipersensibles y pasivo-dependientes. También pueden utilizar bebidas alcohólicas o fármacos por prescripción médica para reducir la tensión que experimentan. Guardan hostilidad hacia quienes perciben que no les prestan suficiente atención y apoyo. Carecen de insight acerca de si mismos y se resisten a aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

Este tipo de personas funciona con un nivel reducido de eficiencia y desarrollan síntomas físicos bajo estrés, debido a la incapacidad de manejar los estresores. Estos síntomas pueden desaparecer en el momento en que disminuye el estrés. Por otro lado, los pacientes con este patrón de perfil tienden a ser demasiado optimistas y superficiales en situaciones sociales; inmaduras, egocéntricas y egoístas; se sienten inseguros y tienen fuerte necesidad de atención y afecto. Con frecuencia buscan la compasión de otras personas, son dependientes y reclaman afecto.

Tienen a "controlar" y son pasivo—agresivos, exhibiendo arranques de enojo ocasionales. Son bastante convencionales, así como conformistas en sus actitudes y creencias. Estos pacientes no tienen motivación para la psicoterapia, esperan respuestas y soluciones definidas para sus problemas. Pueden concluir con la terapia de manera anticipada. Se resisten las interpretaciones psicológicas y sus síntomas, de ser genuinos, son extremadamente discapacitantes.

Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás. En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales

Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente ha mejorado respecto a la organización de estos con el área de salud, los déficits conductuales y de regulación emocional que se plantearon con la paciente además se le brindaron alternativas de psicoterapia externa.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

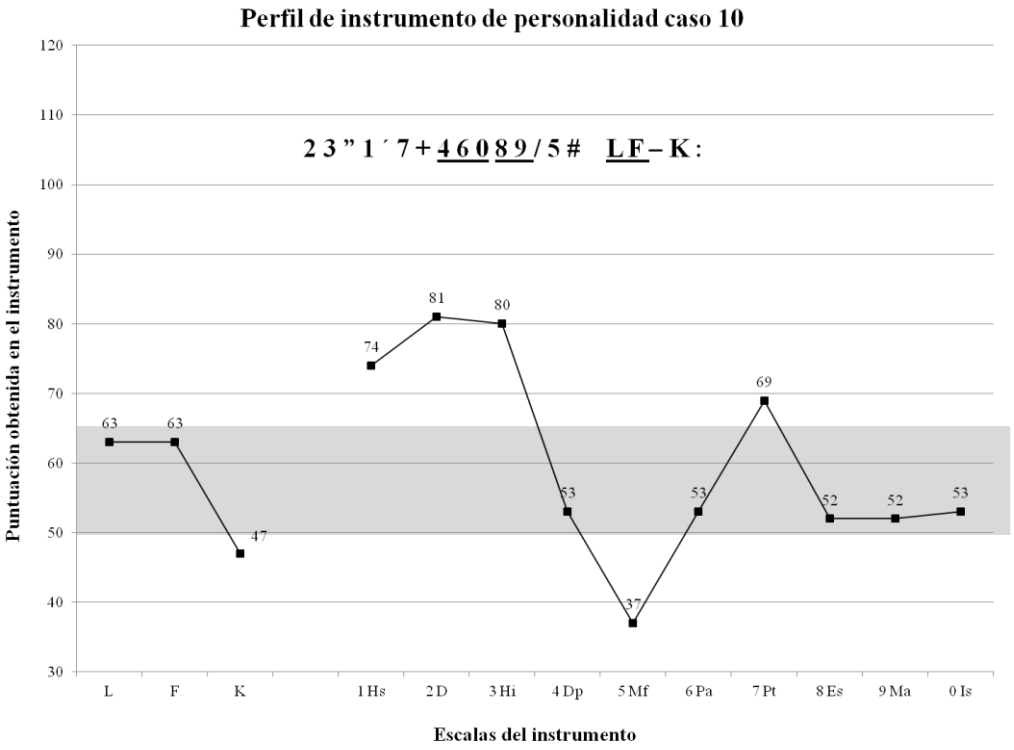
Con la paciente no se logró llevar a cabo el entrenamiento en desactivación fisiológica y sólo se dio el módulo Psicoeducativo, sin embargo, la paciente mencionó como motivo para su egreso voluntario su contratación dentro del DIF con mejor sueldo y la demanda de cubrir horarios completos por lo

cual no podría continuar con el tratamiento y requería alternativas privadas para poder llevar a cabo su intervención psicológica, se le brindaron opciones.

En el seguimiento al mes posterior a su solicitud de egreso, la paciente señaló que se encontraba tomando un tratamiento de constelaciones familiares que le recomendó su pareja, se intentó plantear a la paciente la importancia de buscar un servicio que ayudara a sus problemáticas psicológicas y dar seguimiento a su cuidado a la salud sin embargo la paciente mencionó sentir un avance en dicho tratamiento, no se lograron obtener respuestas posteriores a dicho tras el dicho seguimiento.

Quedó pendiente poder actualizar su condición de salud ginecológica, afectiva y nutricional para los síntomas agudos del Síndrome y para la obesidad.

Figura 156. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 10)



Caso 11.

Paciente femenina de 18 años, soltera, que se define a sí misma como heterosexual, describe su ocupación como estudiante de primer semestre en de Ingeniería en Minas y metalurgia en la Facultad de ingeniería, campus Ciudad Universitaria, UNAM. Es la hija única del primer matrimonio de sus padres y cuenta con dos hermanastros menores. No fue referida n derivada de ninguna institución y cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en enero 2019 del cual presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento de su plan alimenticio, así como abandono de las citas subsecuentes. Niega antecedentes de tratamiento psicológico y gastroenterológico dado que el diagnóstico se lo dio un médico general, es importante mencionar que abandonó sus seguimientos en ginecología ante complicaciones con el sangrado por la interrupción de embarazo.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 157 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como "llanto constante, me siento culpable, constantemente estoy triste y me siento muy sola, no puedo dormir bien y además no tengo casi hambre, me siento muy mal, además me duele constantemente el estómago y eso me hace sentir peor" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez, que la paciente presentaba como eventos antecedentes la ruptura de la relación de pareja en agosto 2019, tras una relación con agresión psicológica y física durante tres años, el inicio de la licenciatura en la Ciudad de México y la carga académica de esta y el proceso de recuperación de un mes tras interrupción del embarazo de cinco semanas de gestación con complicaciones.

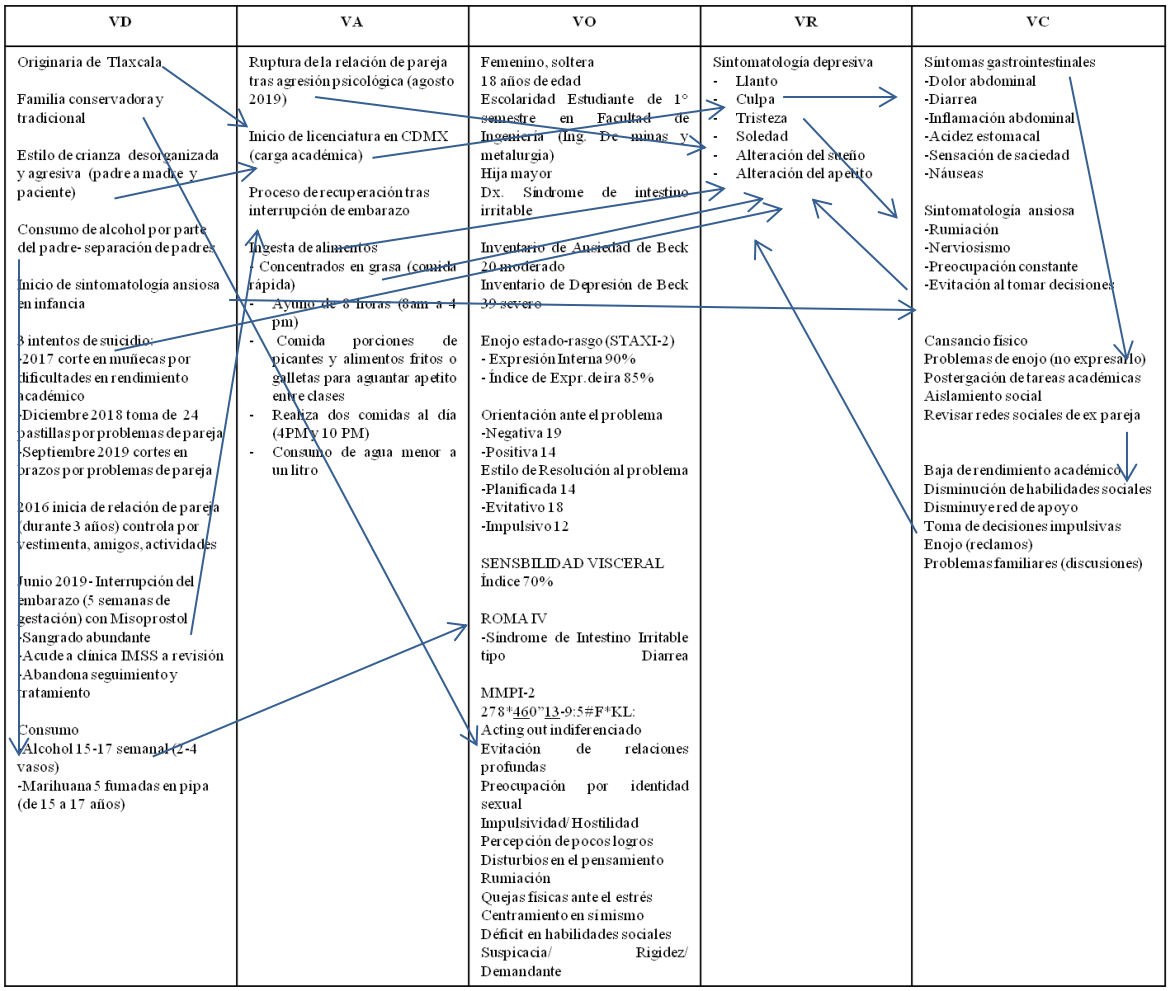
En cuanto a la ingesta de alimentos mayoritariamente son concentrados en grasas específicamente comida rápida, tiene ayunos de ocho horas de 8 am a 4 pm, la comida suelen ser porciones picantes y de alimentos fritos o galletas para "aguantar el hambre entre clases" (sic. pac.), realiza dos comidas al día (una a las 4 pm y otra a las 10 pm) y tiene un consumo de agua menor a quinientos mililitros.

Esto le genera como consecuencia que la exacerbación de los síntomas gastrointestinales como el dolor abdominal, diarrea, inflamación abdominal, acidez estomacal, una sensación de saciedad temprana y náuseas constantes además exacerba la sintomatología ansiosa con rumiación, nerviosismo constante, preocupación, pensamientos catastróficos y evitación al tomar decisiones que se complementa con el cansancio físico, los problemas de enojo (al no expresarlo), la postergación

de tareas académicas y de estudio para exámenes, aislamiento social y evitar relaciones redes sociales para no ver qué está haciendo su ex pareja.

Otra de las consecuencias son un bajo rendimiento académico en los exámenes (calificaciones de los primeros parciales), la disminución de habilidades sociales, la disminución de su red de apoyo y la toma de decisiones impulsivas a nivel escolar y de salud enojo con reclamos y autolesiones además de discusiones familiares constantes.

Figura 157. Mapa de Patogénesis del caso once, atendido en el protocolo.



Como variables en su historia de vida tenemos que la paciente es originaria de Tlaxcala, su familia es conservadora y tradicional y tiene un estilo de crianza desorganizada sin supervisión y agresiva física y psicológicamente del padre a la madre y de la madre a la paciente, consumo de alcohol por parte

del padre que lleva a la separación de pareja a los nueve años de la paciente con el inicio de la sintomatología ansiosa. Refiere además tres intentos de suicidio: en el 2017, se corta las muñecas por dificultades en rendimiento académico; en diciembre 2018, se toma 24 pastillas por problemas de pareja y en septiembre de 2019 se hace cortes en los brazos por problemas de pareja. Su relación inicia en el 2016, es la primera forma y única que ha tenido en los últimos tres años y menciona que "constantemente se enojaba y me controlaba en cuanto a mi vestimenta, mis amigos sobre todo si eran hombres, mi apariencia y mis actividades porque le daban celos" (sic. pac.).

En junio del 2019 tiene una interrupción del embarazo de cinco semanas de gestación con Misoprostol y menciona tener un sangrado abundante durante cuatro días después de la toma de la pastilla por lo cual acude a la clínica del IMSSS a revisión y abandona dicho seguimiento y tratamiento al sentirse juzgada y evaluada negativamente. En cuanto al consumo de sustancias reporta de los quince a los diecisiete años, el alcohol era semanal y actualmente es de dos a cuatro vasos en fiestas cada tres meses además de un consumo de marihuana (cinco fumadas en pipa) de los quince a los diecisiete años y actualmente menciona abstinencia desde su mudanza la Ciudad de México (julio 2019).

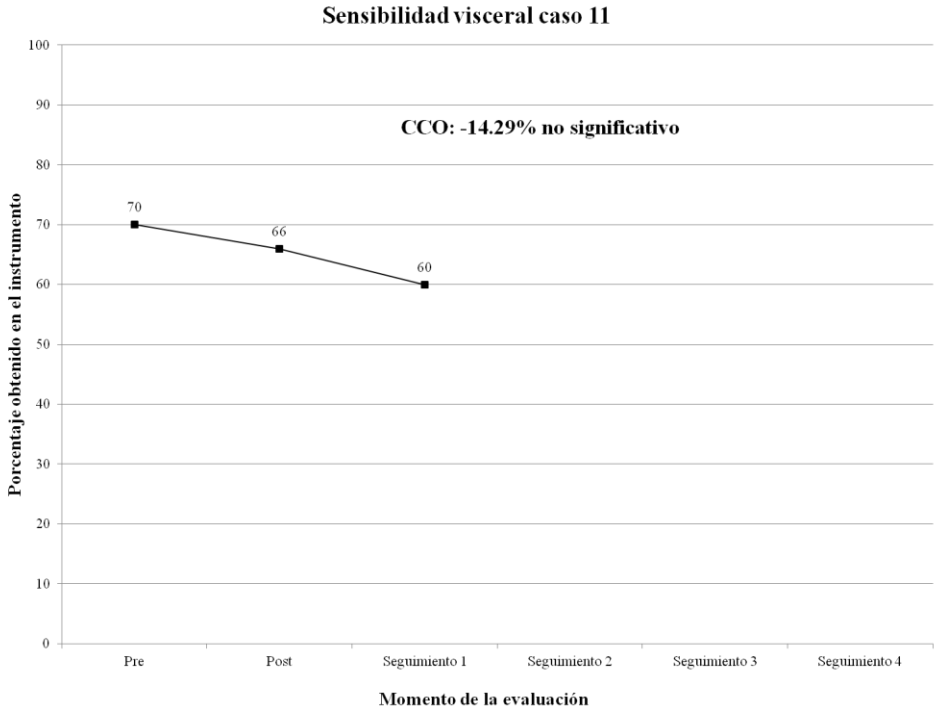
Sensibilidad visceral.

La paciente presentó un porcentaje del 70% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas familiares y académicos además de acostumbrarse a su primer semestre en otro estado (figura 158).

Se presentó a nueve sesiones contemplando la entrevista inicial y la evaluación, y abandonó el tratamiento refiriendo "ya no quiero venir porque ya me siento bien y no quiero seguir asistiendo al psicólogo" (sic. pac.), señalando también que había retomado la relación de pareja "a pesar de todo él me quiere y yo igual así que ya me siento bien" (sic).

Tras este egreso su índice disminuyó a un 66% y en su primer y único seguimiento al mes su puntuación disminuyó a 60%. El cambio clínico fue negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de la aplicación del instrumento sin embargó mostró un índice de cambio no significativo -14.29%.

Figura 158. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso once)



Sintomatología depresiva.

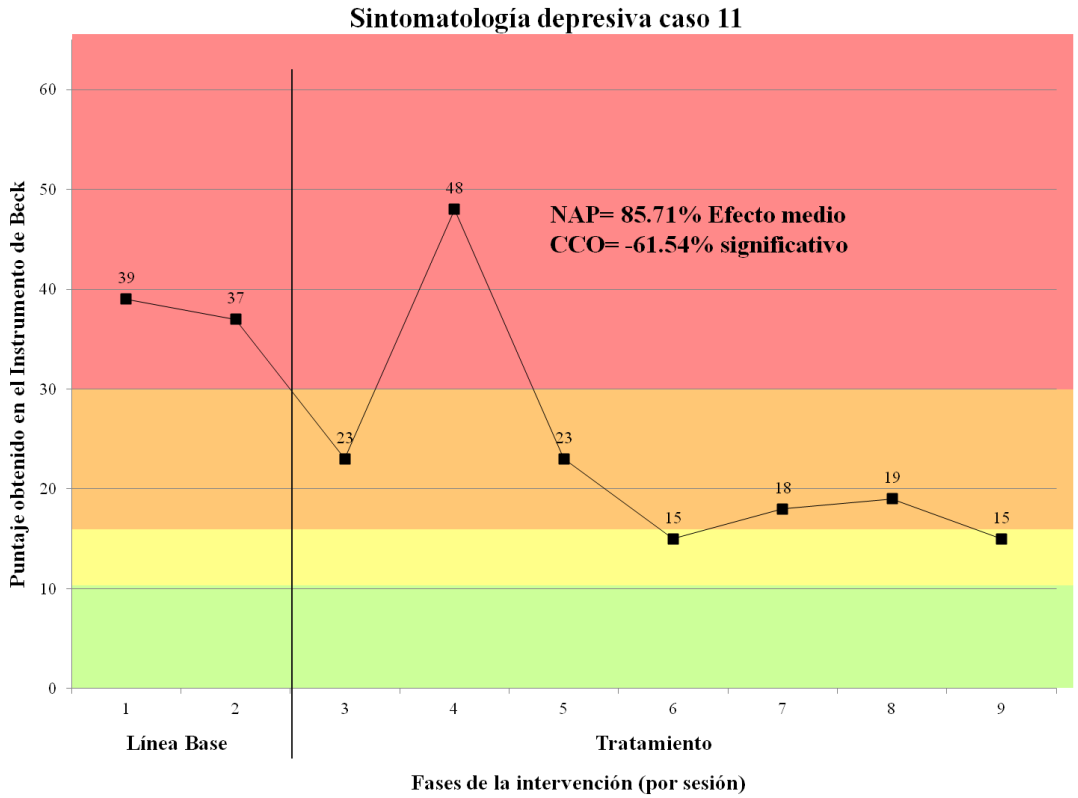
La paciente ingresó con un nivel severo de sintomatología depresiva entre treinta y siete a treinta y nueve puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base, por ello se comenzó la intervención con mayor rapidez y esta disminuyó a quince puntos que representa un nivel leve en la última sesión a la cual acudió la paciente.

Durante las mediciones de tratamiento (tres-nueve), la semana cuatro los puntajes de síntomas depresivos se elevaron dado que la paciente refirió “me buscó mi exnovio y le dije que no quería regresar con él, pero mi familia se enteró y me dijo que era una cualquiera y me peleé con ellos” (sic. pac.) (ver figura 159).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 85.71% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -61.54%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Es importante señalar que la paciente fue derivada a valoración en el Instituto de Salud Mental para Todos, cercano a su domicilio en que rentaba y se encontraba con tratamiento farmacológico de Sertralina de 50 mg 2-0-1 hasta la sesión nueve del tratamiento psicológico.

Figura 159. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 11)



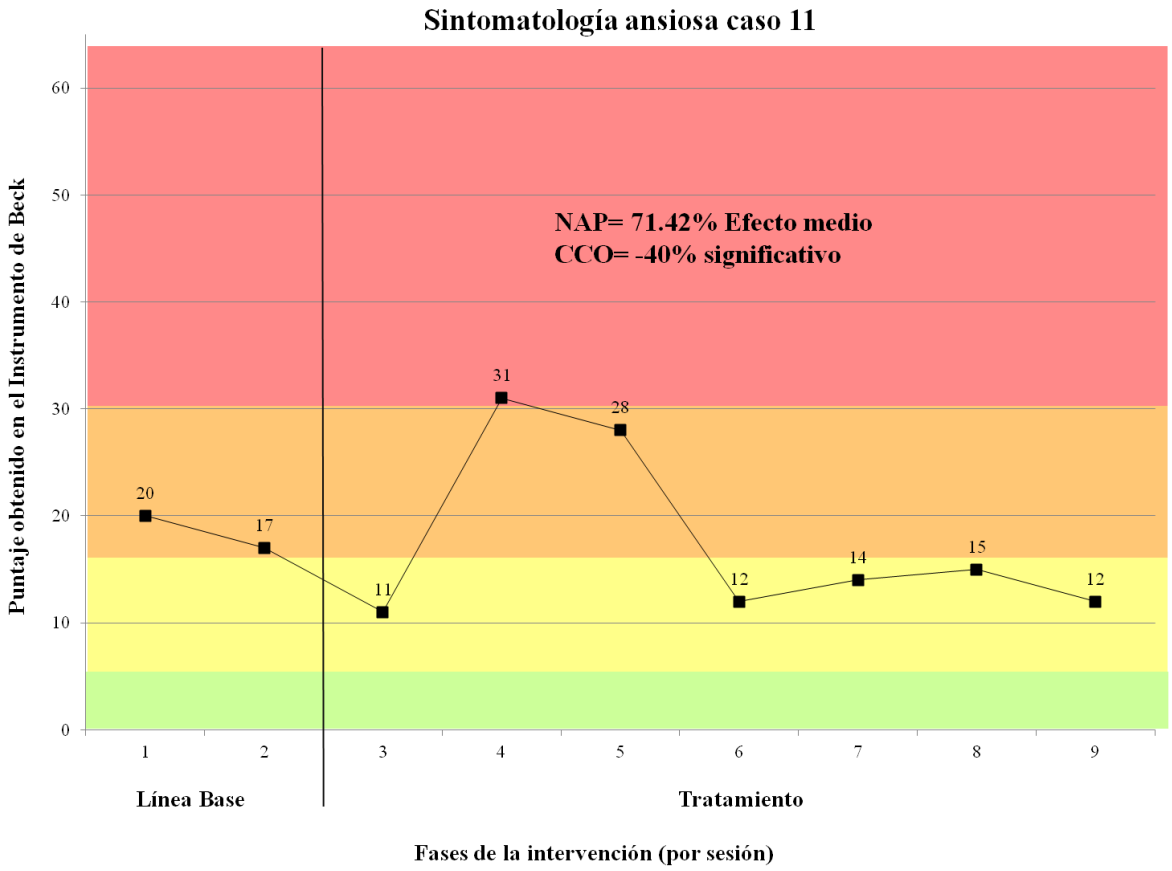
Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones moderadas en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y a lo largo del tratamiento tuvo incrementos de los síntomas como la sesión cuatro y cinco ante los problemas familiares, la búsqueda de la expareja y la temporada de entrega de trabajos por fin de semestre.

La paciente no concluyó el tratamiento por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 160) en que se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 71.42% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -40% por la disminución de la sintomatología desde la primera evaluación hasta la última sesión.

Es importante señalar que la paciente fue derivada a valoración en el Instituto de Salud Mental para Todos y se encontraba con tratamiento farmacológico de Clonazepam gotas con una dosis de 3-0-5 hasta la sesión nueve del tratamiento psicológico.

Figura 160. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 11)



Enojo.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de enojo, respecto al rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) presentó un 20% que es un porcentaje nulo-bajo, en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) presentó un 35% representando un nivel moderado, mientras que en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) obtuvo un 15% con un nivel bajo-nulo.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) obtuvo un 90% que pertenecía a la categoría de alto y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) obtuvo un 25% que pertenece al rango medio.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que estén en un punto medio, sin embargo, en el control interno obtuvo un 1% con pocas estrategias para regular su emoción de enojo y en el externo puntuó con 5% con intentos en reprimir o no expresar dicha emoción. Por último, en el índice general de la ira obtuvo un 85% representando problemas con el manejo de la ira que conllevan a problemas interpersonales y de salud ante esta emoción negativa.

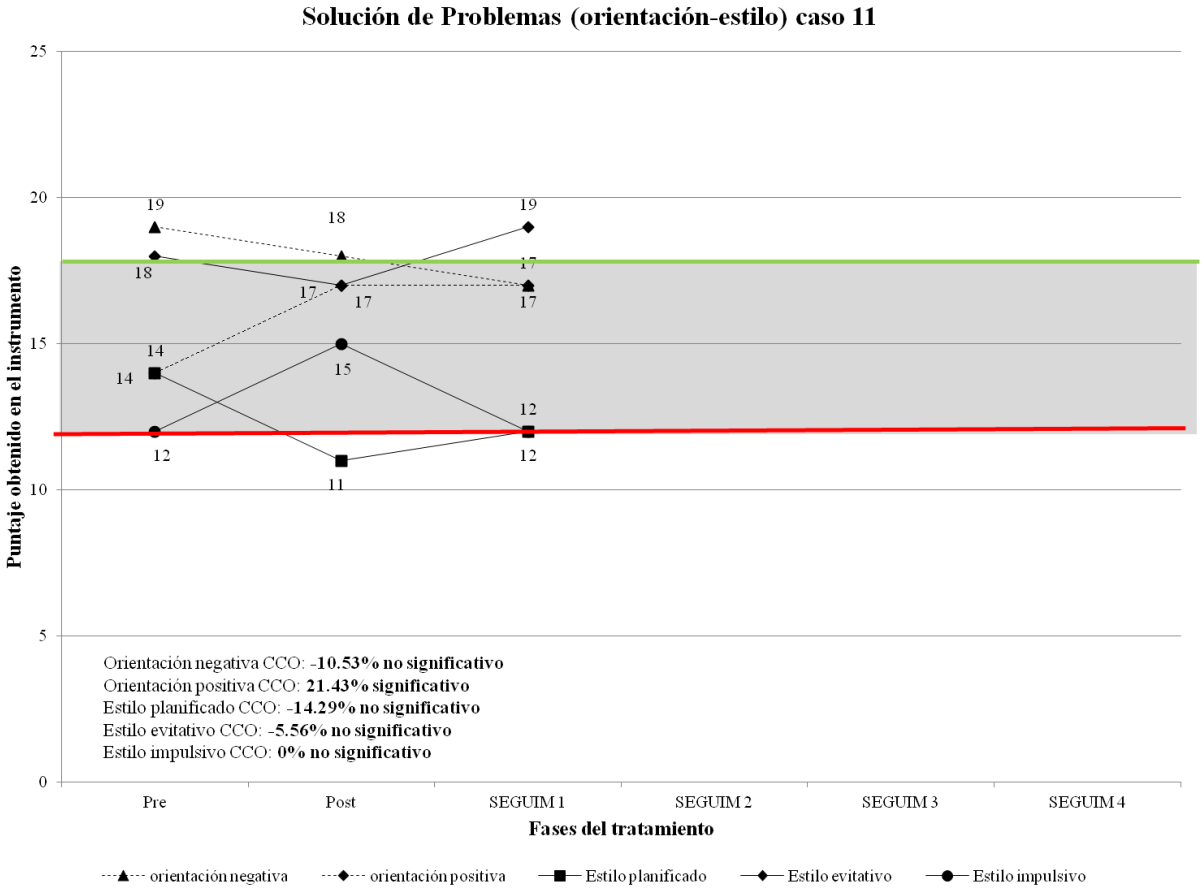
Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación negativa o poco funcional al inicio del tratamiento más alta respecto a una positiva o funcional. Respecto a la orientación negativa pasó de diecinueve puntos a diecisiete en el último seguimiento tras un mes del tratamiento, obteniendo un índice de cambio clínico negativo no significativo del -10.53%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con catorce puntos y finalizar con diecisiete y con un índice clínico significativo positivo del 21.43% que requiere mayor aplicación de la habilidad.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo un mantenimiento del estilo no funcional impulsivo con doce puntos y un índice de cambio negativo no significativo del 0% y en el estilo evitativo pasó de dieciocho a diecisiete puntos y un índice de cambio clínico negativo no significativo del -5.56% dado que la paciente menciono “ahora que veo los problemas de otra forma me cuesta no evitar porque me da miedo enfrentarlos además mis padres o las personas a mi alrededor son igual o más inestables que yo y me siento sola” (sic. pac.).

Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico negativo no significativo de -14.29% dado que la paciente ingresó con catorce puntos y decremento a doce puntos mostrando una disminución en dicha habilidad en que la paciente refirió “creo que no soy tan estructurada como creía antes no veía todo lo que ahora veo al pensar o enfrentar un problema y eso creo que me llevo, es más complejo” (sic. pac.) (Figura 161).

Figura 161. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 11)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dada sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como la ansiedad, dolor abdominal y diarrea, sólo entregó el diario inicial e intermedio por ello, son los que se muestran en las figuras 162 y 163.

En los síntomas registrados en los diarios, dos de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (gases e hinchazón abdominal) mientras que la diarrea y la ansiedad ante los síntomas gastrointestinales tuvieron un efecto medio y el dolor abdominal un efecto medio. Para cuatro síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura, excepto para la diarrea en que obtuvo un porcentaje de 0% no significativo.

Figura 162. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 11)

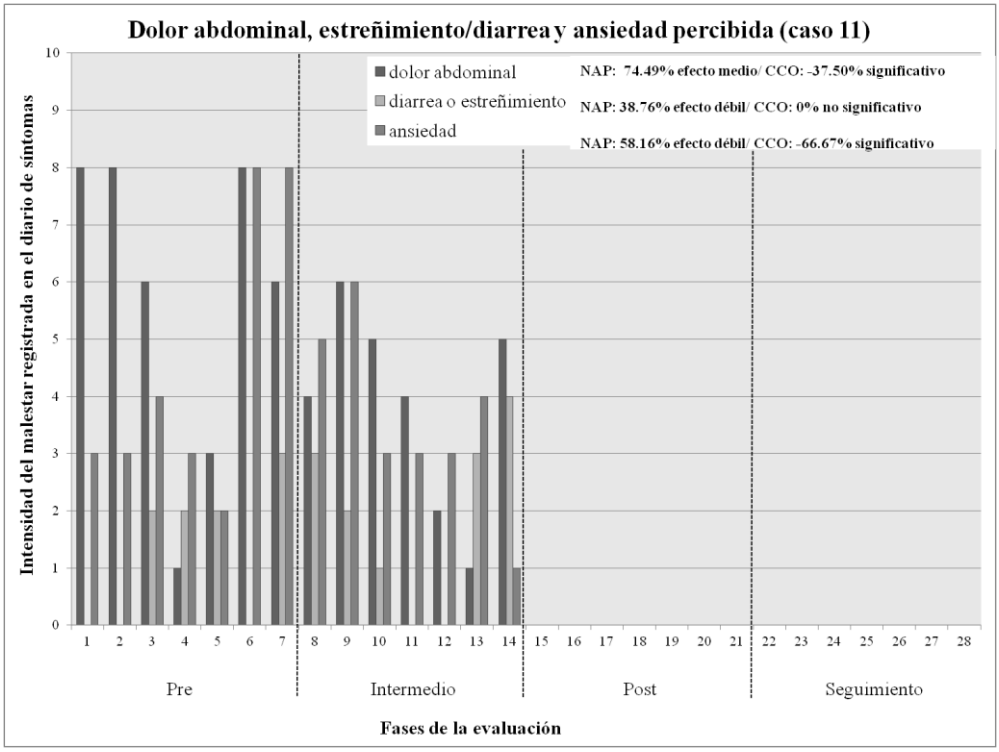
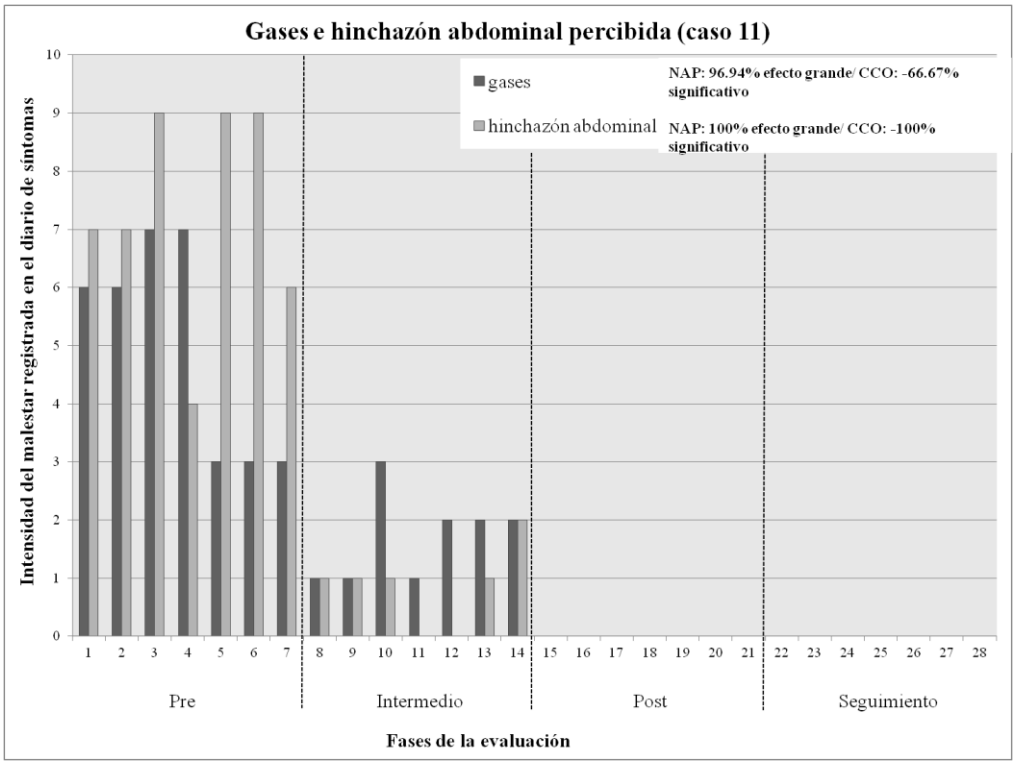


Figura 163. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 11)



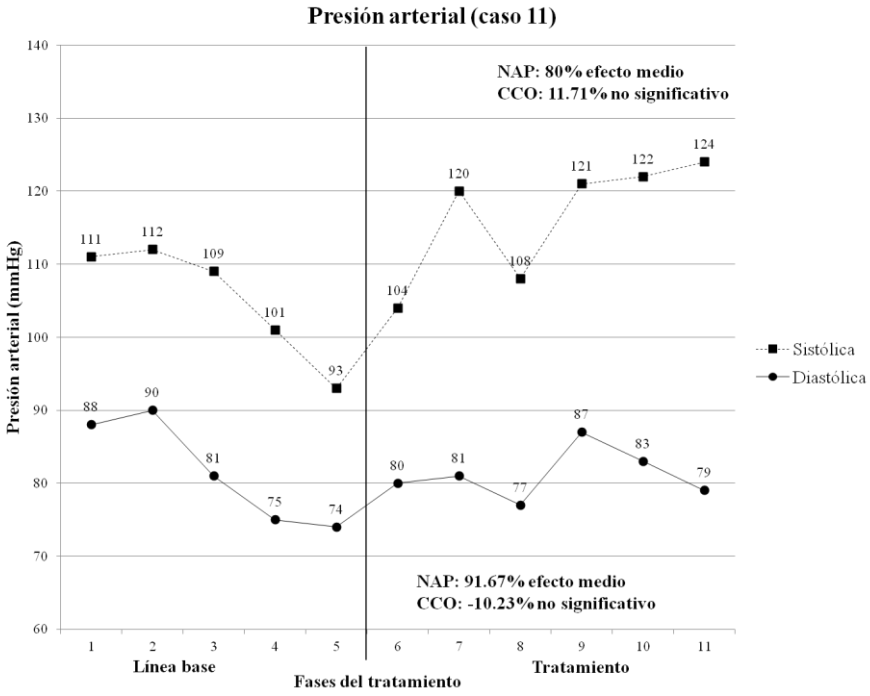
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo o cercanos de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar e incrementar estos valores al modificar sus horarios de sueño, número de comidas durante el día así como la regulación de sintomatología depresiva en las áreas vitales y dar monitoreo a su cuidado ginecológico.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 164, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica y en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en la presión sistólica y un índice de cambio clínico no significativo negativo en la diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud.

Figura 164. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 11)

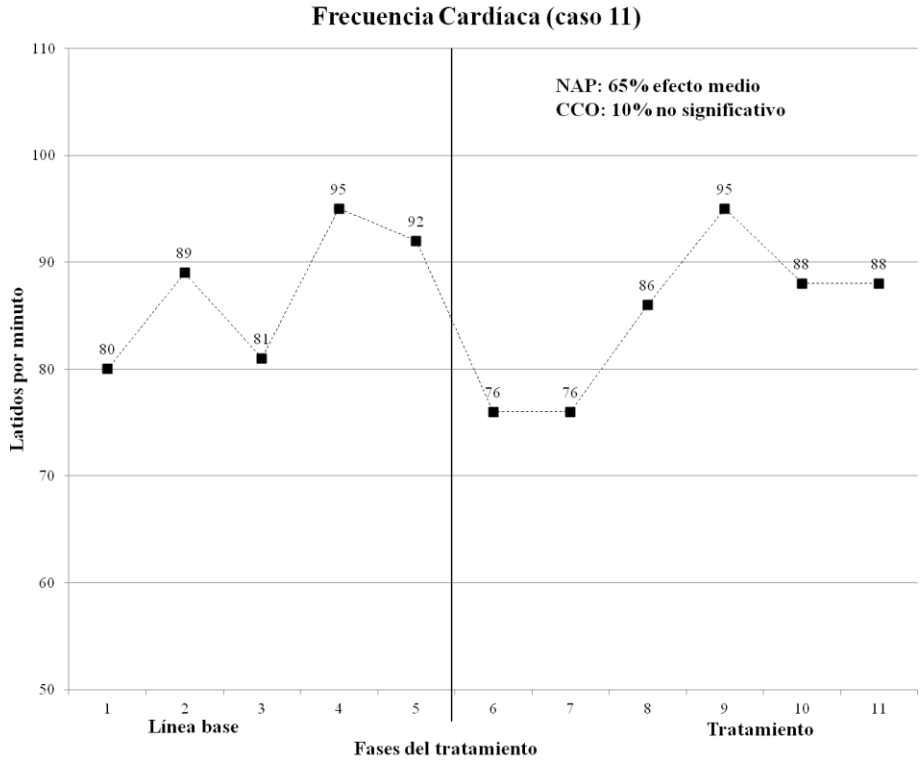


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta a noventa y cinco, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de ochenta y ocho pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto medio del 65% y un índice de cambio clínico no significativo positivo del 10% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones mostraban oscilaciones y traslapes de los valores de la línea base (figura 165).

Figura 165. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 11)

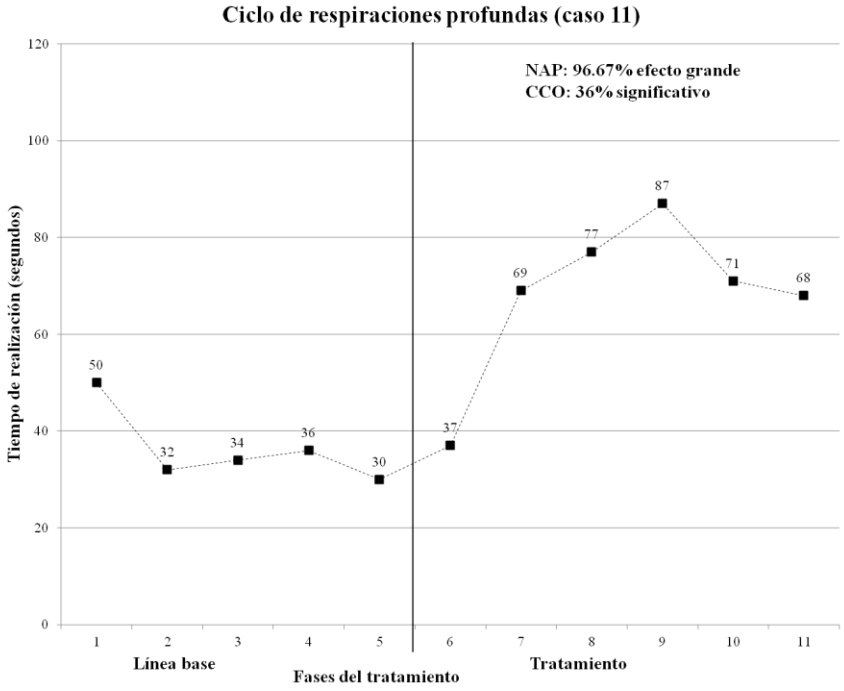


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de cincuenta segundos, en promedio 6.25 segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica se siguió tomando en el seguimiento, en que obtuvo un tamaño de efecto grande del 96.67%% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 36% (figura 166), llegando a ejecuciones de ochenta y siete segundos con un tiempo promedio de 10.9 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en cada sesión para repasar su ejecución.

Figura 166. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso11)



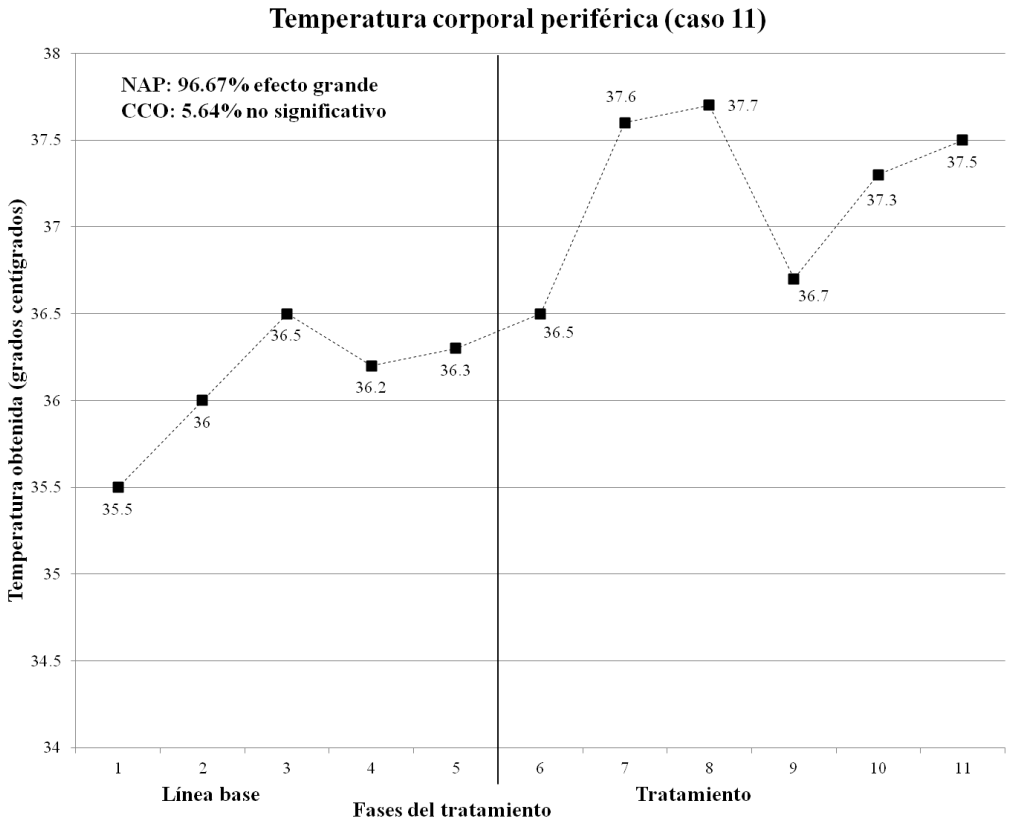
Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.5 a 36.5° centígrados y el auto reporte de "mis manos son frías y no sé qué decir, siempre son así" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 37.7° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos durante su ejecución sin embargo no se pudieron tomar las medidas finales dada la interrupción del tratamiento por decisión de la paciente, de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto grande del 96.67%

pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 5.64% (ver figura 167).

Figura 167. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 11)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 168, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código reportan características con alteraciones en el estado de ánimo, como depresión, ansiedad y tensión y expresan sentirse nerviosos gran parte del tiempo y preocuparse en exceso, tienden a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar

los problemas antes de que ocurran. Reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de "fatalidad catastrófica". Presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento. Se sienten infelices y tristes. Son lentos en sus acciones, en su discurso y pueden presentar también lentitud en los procesos de pensamiento. En las conversaciones por lo general se muestran muy pesimistas en cuanto a la superación de sus problemas. Otros los consideran meditativos, malhumorados y ensimismados.

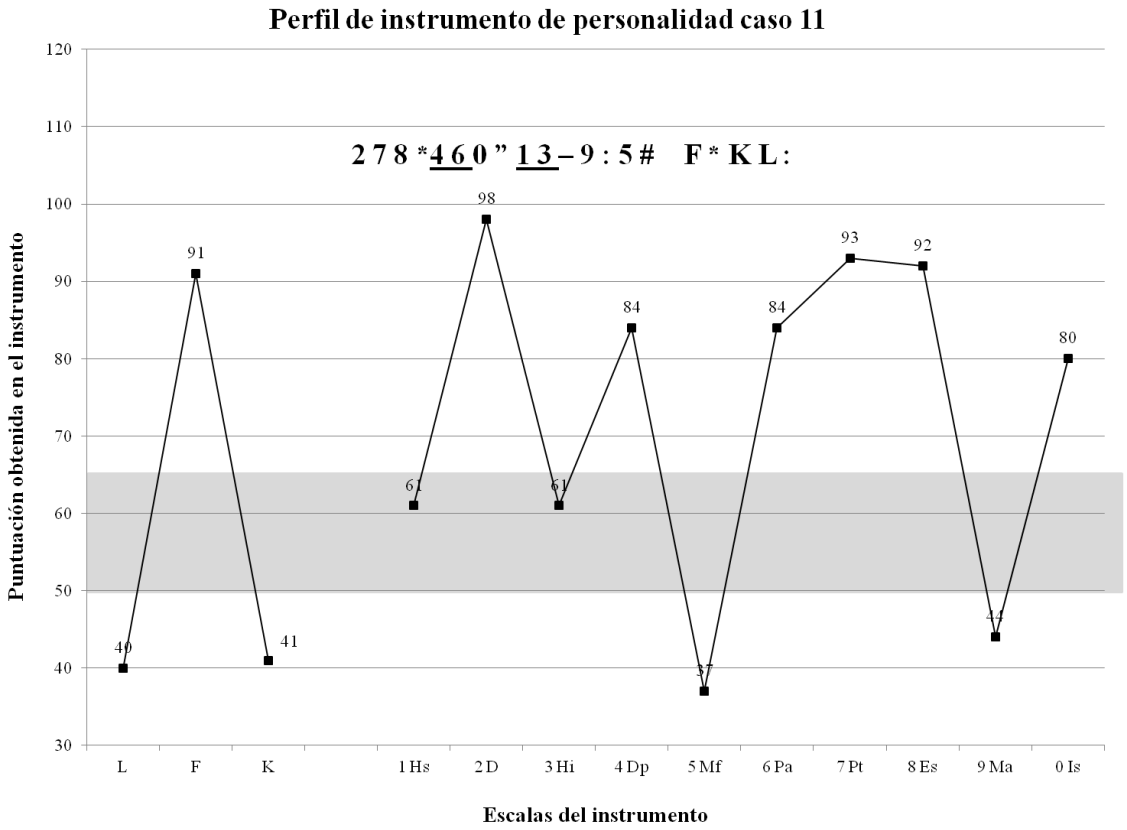
Son escrupulosos, llenos de culpas y tienen una fuerte necesidad de hacer lo correcto. Suelen ser religiosos y moralistas. Pueden tener expectativas altas y poco realistas acerca de si mismos. Presentan indecisión y sentimientos de incapacidad, inseguridad e inferioridad ante los demás. Además, con frecuencia son meticulosos, perfeccionistas y un tanto compulsivos.

Tienen dificultad para afirmarse en situaciones sociales, pero muestran una elevada capacidad para formar vínculos emocionales profundos ya que buscan el cuidado y la seguridad que les puedan brindar los demás. En este sentido, presentan dependencia en las relaciones sociales. Niegan sus impulsos pudiendo presentar periodos disociativos de acting out. Son sensibles a las reacciones de los demás y piensan mal acerca de las motivaciones de otras personas. Evitan las relaciones interpersonales cercanas por miedo a ser lastimados. En general manifiestan sentimientos de desesperación y falta de valía.

Es probable que reaccionen ante el estrés y la presión retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación, con dificultades para diferenciar claramente entre la fantasía y la realidad, Las características más frecuentes incluyen quejas somáticas vagas, tensión, fatiga, agotamiento, dependencia e inseguridad.

Las mujeres con este perfil se identifican en extremo con el rol femenino tradicional y dependen en gran medida de los varones. Estos pacientes no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto. Son desconfiados con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, poseen hostilidad y enojo reprimidos. Con frecuencia son irritables, discutidores, malhumorados, y resentidos con la autoridad. En terapia responden de manera sintomática al apoyo y la reafirmación.

Figura 168. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 11)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

Dentro de los avances clínicos se logró instalar a la paciente en un servicio de salud mental para poder recibir tratamiento y monitoreo en apoyo de un cuidador primario como lo es su padre con quién se fue a vivir a Tlaxcala durante el confinamiento, se brindó psicoeducación al padre y a la madre en la importancia de la toma del medicamento en la paciente así como de fortalecer la comunicación asertiva con ella y entre los padres para poder brindar el apoyo y validación a la paciente en los momentos de crisis.

Otro de los avances que reporta la paciente es haber concluido el semestre con un promedio de 7.3 pero haber acreditado todas las materias y haber sacado cita con su ginecóloga para valoración después de la interrupción del embarazo y el sangrado abundante que tuvo

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Sin embargo, la paciente abandonó el primer tratamiento en Salud Mental en el seguimiento del primer mes mencionó haberlo dejado porque los medicamentos no tenían un efecto por lo cual se recalcó la importancia de psicoterapia a la que previamente la paciente había dicho que no se buscaron alternativas y se dejó instalada, así como la búsqueda de un nuevo servicio en Salud Mental cerca de su comunidad en Tlaxcala al cual se quedó instalada.

Como una barrera importante el consumo del padre para poder ejercer su rol de cuidador y el cansancio referido por la madre al cuidar a la paciente quien mencionó "creo que es momento de que su padre se haga un poco responsable de su educación porque ella ya me tiene cansada con sus estados emocionales así que la mandé a Tlaxcala con su papá y todo lo relacionado a ella, por favor véalo con él" (sic. pac.).

La paciente mencionó tener la intención de poder retomar sus estudios en Tlaxcala en Pedagogía y abandonar su licenciatura en Ingeniería, sin embargo se sugirió que esta decisión pudiera trabajarse en psicoterapia o en las sesiones de tratamiento sin embargo la paciente no respondió a los seguimientos y al hacer rescate telefónico con los cuidadores, estos informaron que se había ido a vivir con la ex pareja de nuevo y que ya no tenían comunicación con ella por lo cual se dejó el número de contacto a la paciente de servicios de atención psicológica adicionales dado que abandonó su psicoterapia y desconocían si seguía tomando sus fármacos o no.

Caso 12.

Paciente femenina de 34 años, con estado civil casada, estudiante del séptimo semestre de Doctorado en ciencias de la Administración en la Facultad de Contaduría y Administración, campus Ciudad Universitaria, UNAM. No fue referida ni derivada de ninguna institución y cuenta con un diagnóstico de Síndrome de intestino irritable en 2018 y Fibromialgia en el 2012 es la hija menor de dos y se define a sí misma como bisexual. El presente tratamiento es su segundo tratamiento psicológico y ha pasado por aproximadamente cuatro especialistas gastroenterólogos para poder llevar a cabo tratamiento a su condición gastrointestinal sin embargo presentaba falta de adherencia al seguimiento de su plan alimenticio y de cuidado a la salud recomendadas para el dolor crónico y los malestares agudos.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 169 muestra la formulación del caso de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como “a veces lloro demasiado, me siento muy triste, pero sobre todo me siento sola, no puedo dormir y tengo mucho insomnio, me siento cansada físicamente y tengo menos ganas de comer que antes” (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez que la paciente presentaba como eventos antecedentes el estrés académico, como entregas de avances y exámenes para postulación de intercambio a Francia, su proceso de titulación y una mala relación con el tutor principal del proyecto así como estrés de pareja con celos por parte de la paciente hacia su esposo y falta de interés percibido en resolver el problema así como el inicio del asesoramiento legal para la separación conyugal.

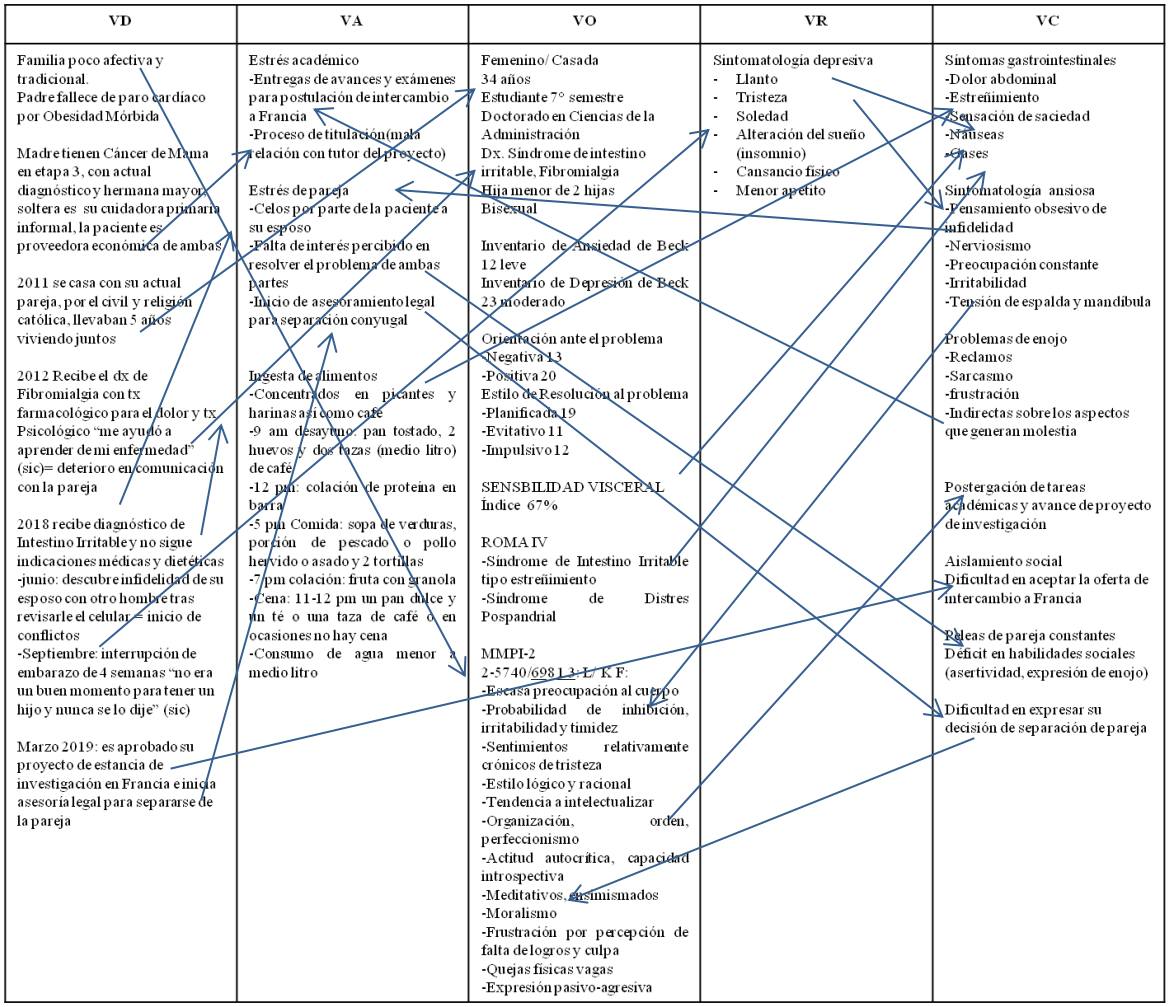
En cuanto a la ingesta de alimentos, se encontró que estos suelen ser concentrados en picantes y harinas, así como en café. A las nueve de la mañana, suele ser el desayuno con medio litro de café y un huevo, a las doce una colación con proteínas en barra, a las cinco de la tarde la comida acorde al plan alimenticio, pero incluye café nuevamente, a las siete de la tarde una fruta como colación y una cena a las once de la noche con un pan dulce, una taza adicional de café y en ocasiones no hay cena. Su consumo de agua es menor a 500 mililitros.

Como consecuencias genera la exacerbación de síntomas gastrointestinales como el dolor abdominal, el estreñimiento y la sensación de saciedad, náuseas y gases; además de la sintomatología ansiosa con pensamientos obsesivos de que su pareja le va a ser infiel, nerviosismo, preocupación constante,

irritabilidad y tensión en la espalda y mandíbula. Además, problemas de enojo con reclamos, sarcasmo, frustración, indirectas sobre los aspectos que le generan molestia, así como postergación de tareas académicas y avances de proyecto de investigación.

A mediano y largo plazo tiene aislamiento social, indecisión en aceptar la oferta de intercambio por la presión de la pareja de que se quedara en el país, un déficit en habilidades sociales en expresión de asertividad respecto a su opinión y también menciona dificultad en expresar su decisión de separación de su pareja.

Figura 169. Mapa de Patogénesis del caso doce, atendido en el protocolo.



Como historia de vida tenemos una familia poco afectiva y tradicional, el padre fallece de paro cardíaco por obesidad mórbida en la infancia de la paciente y su madre tiene Cáncer de mama con

actual diagnóstico en etapa 3, la hermana mayor es cuidadora primaria y la paciente es proveedora económica de ambas.

En 2011 se casa con su actual pareja por el civil y por boda religiosa católica tras cinco años viviendo juntos, en el 2012 recibe el diagnóstico de Fibromialgia con tratamiento farmacológico para el dolor y tratamiento psicológico en que refirió que le ayudó a aprender de su enfermedad y comienza el deterioro en comunicación con la pareja ante no percibir apoyo en ese proceso. En el 2018 recibe el diagnóstico de Síndrome de intestino irritable y no sigue indicaciones médicas y dietéticas porque refiere "pensaba para qué si ya tengo suficiente dolor y creo que desde allí empecé a sentirme muy triste" (sic. pac.).

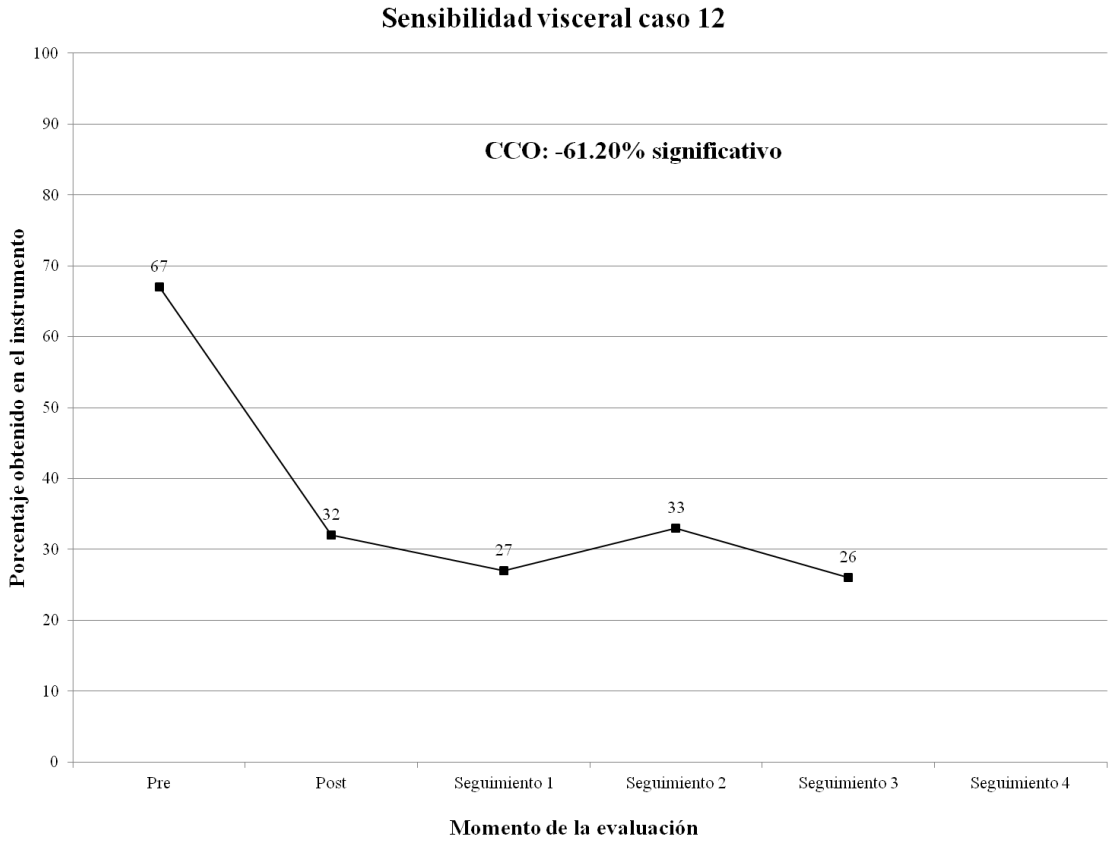
En junio del 2018, descubre una infidelidad de su esposo con otro hombre tras revisarle el celular e inician los conflictos verbales, en septiembre 2018 tiene una interrupción del embarazo de cuatro semanas de gestación señalando que "no era un buen momento para tener un hijo y no se lo dije a mi pareja" (sic. pac.), razón por la cual se acentúa la sintomatología depresiva. Finalmente, en marzo del 2019 es aprobado su proyecto de estancia en investigación en Francia e inicia asesoría legal para separarse de la pareja, pero aún presenta indecisión a comunicar su interés de viajar y separarse.

Sensibilidad visceral.

La paciente presentó un porcentaje del 67% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas de pareja y de los exámenes y presentaciones constantes de su proyecto con la mala relación de su tutor (figura 170).

Al finalizar el tratamiento su índice disminuyó a un 32%, cuya puntuación incrementó en el primer seguimiento al mes con un 27% y al segundo seguimiento a los dos meses con un 33% y para el tercer seguimiento la paciente señaló preferir hacerlo a los seis meses y este disminuyó a un 26%. El cambio clínico fue significativo y negativo, es decir que se disminuyó este exceso de atención y preocupación por los cambios o sensaciones gastrointestinales a lo largo de las fases de evaluación, mostrando un índice de cambio del -61.21%.

Figura 170. Cambios en el Índice de Sensibilidad Visceral en las fases de la intervención (caso doce)



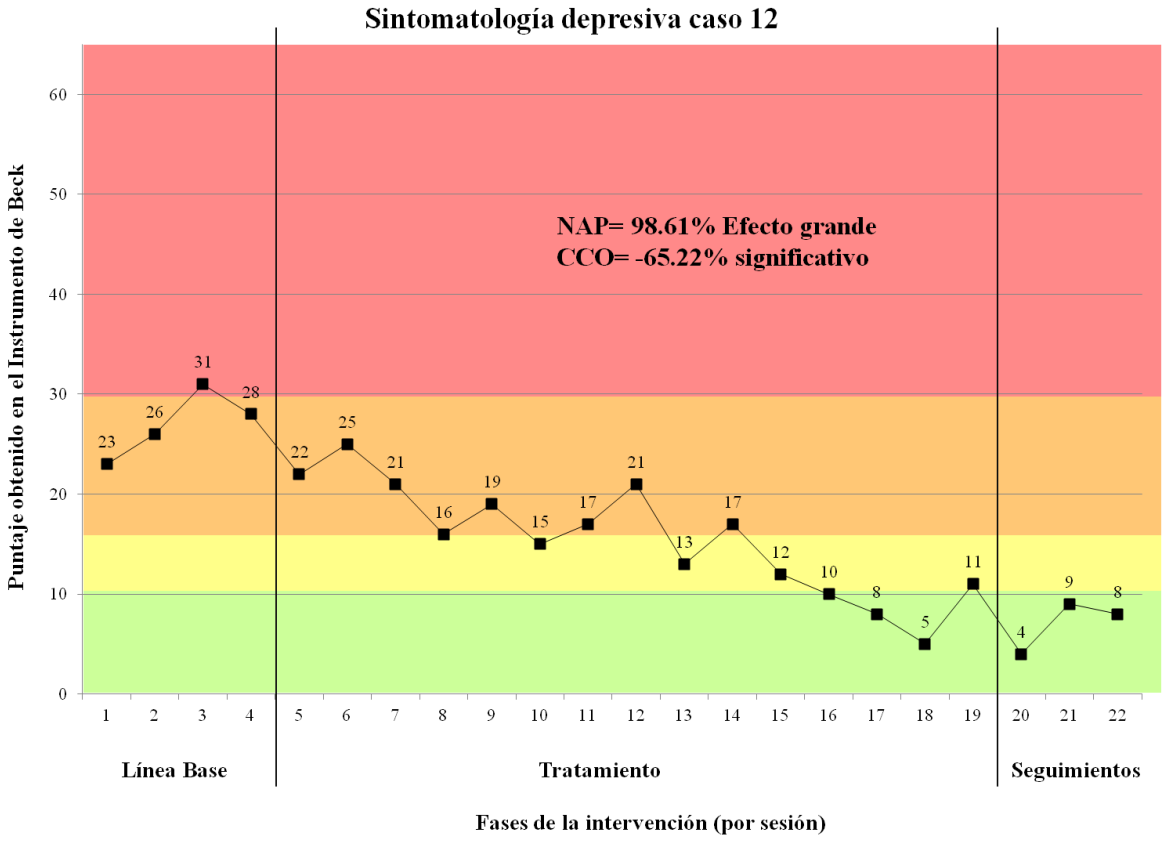
Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado-severo de sintomatología depresiva entre veintitrés a treinta y un puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base y esta se disminuyó en once puntos que representa un nivel leve al finalizar el tratamiento. Durante los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo, a partir de la sesión doce, la paciente obtuvo cita en el servicio de salud institucional de Seguro social y encontraba en tratamiento farmacológico con Sertralina 1-0-0.

Durante las mediciones de tratamiento (cinco-diecinueve), los puntajes de síntomas depresivos se incrementaron en las sesiones seis, nueve, doce, catorce y diecinueve manteniéndose en un nivel leve-moderado ante situaciones de entrega académicas, cambio de tutor y trámites para ello además de la firma del acta de divorcio civil (figura 171).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 98.61% y un índice de cambio clínico negativo significativo, como es esperado que disminuya del 65.22%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Figura 171. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 12)



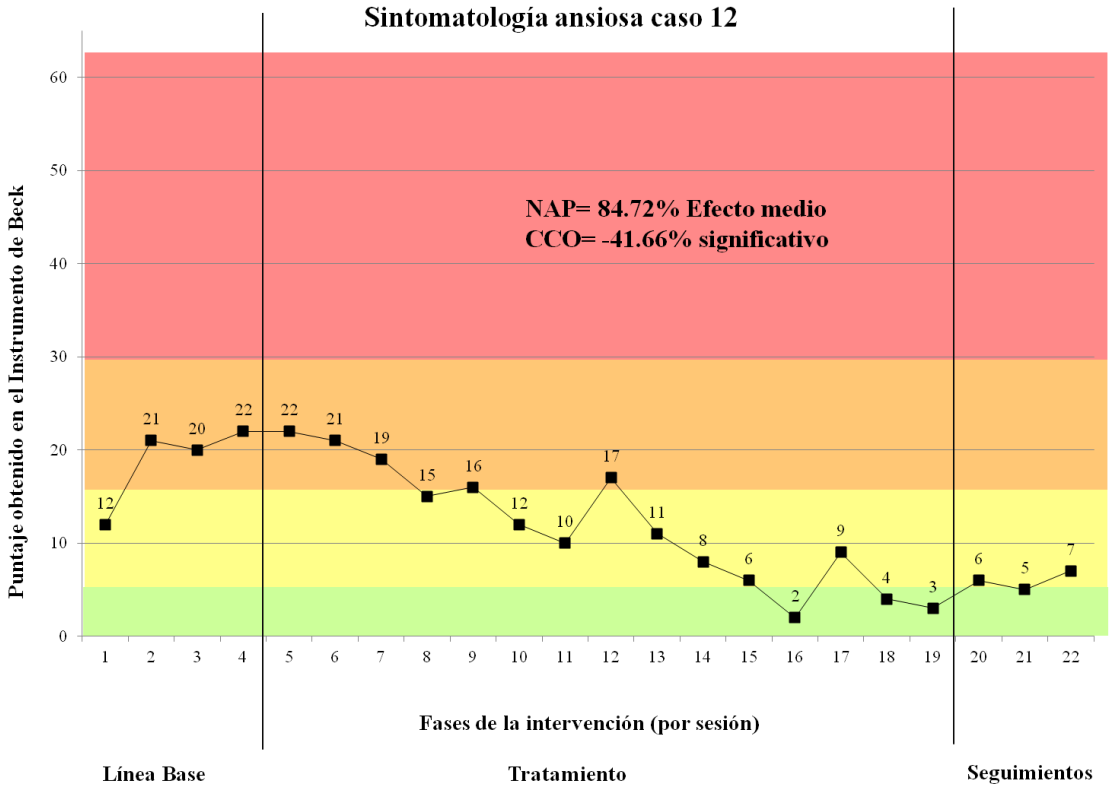
Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones leves-moderadas entre doce a veintidós puntos en sus instrumentos de sintomatología ansiosa y en las sesiones nueve, doce y diecisiete tuvo incrementos de dichos síntomas el incremento de niveles de estrés y dolor propio del diagnóstico de Fibromialgia que generaban niveles de tensión, así como la quimioterapia de su madre.

La paciente tras el tratamiento se fue con un nivel mínimo en la sintomatología ansiosa (figura 172) y en los seguimientos se mantuvo en un nivel mínimo-leve con un tiempo máximo de seis meses después de la intervención, se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 84.72% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -41.66% con decremento de la sintomatología desde la primera evaluación hasta el último seguimiento.

La paciente obtuvo cita en el servicio de salud institucional de Seguro social y encontraba en tratamiento farmacológico con Clonazepam de 2.0mg con prescripción de ½ - 0- ½.

Figura 172. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 11)



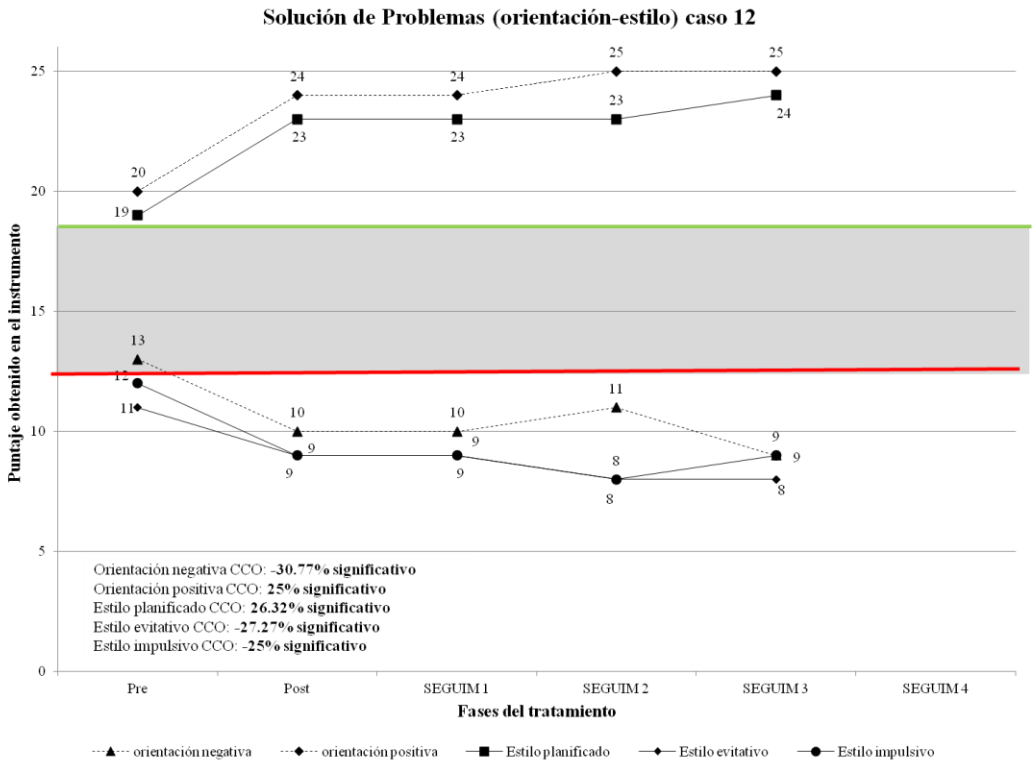
Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación positiva o funcional al inicio del tratamiento más alta respecto a una negativa o poco funcional. Respecto a la orientación negativa pasó de trece puntos a nueve en el último seguimiento tras seis meses del tratamiento obteniendo un índice de cambio clínico negativo significativo del -30.77%, trayendo una mejora a su vez en la orientación positiva al ingresar con veinte puntos y finalizar con veinticinco y con un índice clínico significativo positivo con mayor aplicación de la habilidad y un índice de 25%.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo una disminución de los estilos no funcionales como el impulsivo pasando de doce a nueve puntos y un índice de cambio negativo significativo del -25% y en el estilo evitativo pasó de once a ocho puntos y un índice de cambio clínico negativo significativo del -27.27%.

Y respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas hubo un cambio clínico positivo no significativo de 26.32% dado que la paciente ingresó con diecinueve puntos e incrementó a veinticuatro puntos mostrando una mejoría en dicha habilidad (figura 173).

Figura 173. Puntajes en estilo y orientación ante los problemas a lo largo del tratamiento (caso 12)



Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. Se reforzó el uso de su servicio de nutrición para reemplazar alimentos con alto contenido de harinas o picantes e incremento de fibra y agua para los problemas de evacuación para poder recibir un plan acorde a sus necesidades además de poder acudir a seguimiento en ginecología dado que en el ciclo menstrual incrementaba el dolor.

En los síntomas registrados en los diarios, tres de ellos mostraron un tamaño de efecto grande (dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad ante síntomas gastrointestinales) y en dos de ellos se obtuvo un efecto medio (gases e hinchazón abdominal), sin embargo, en los cinco síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura. Es fundamental señalar que ante la percepción de un malestar físico se usó este sistema de registro de 0 a 10 para cuantificar el tamaño del efecto (figuras 174 y 175).

Figura 174. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 12)

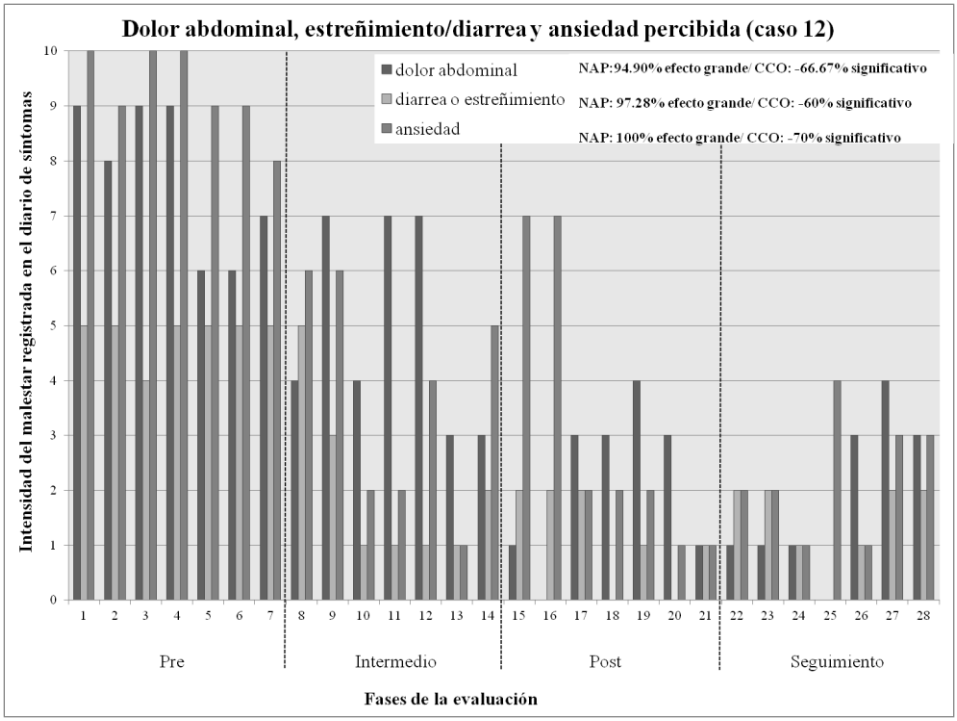
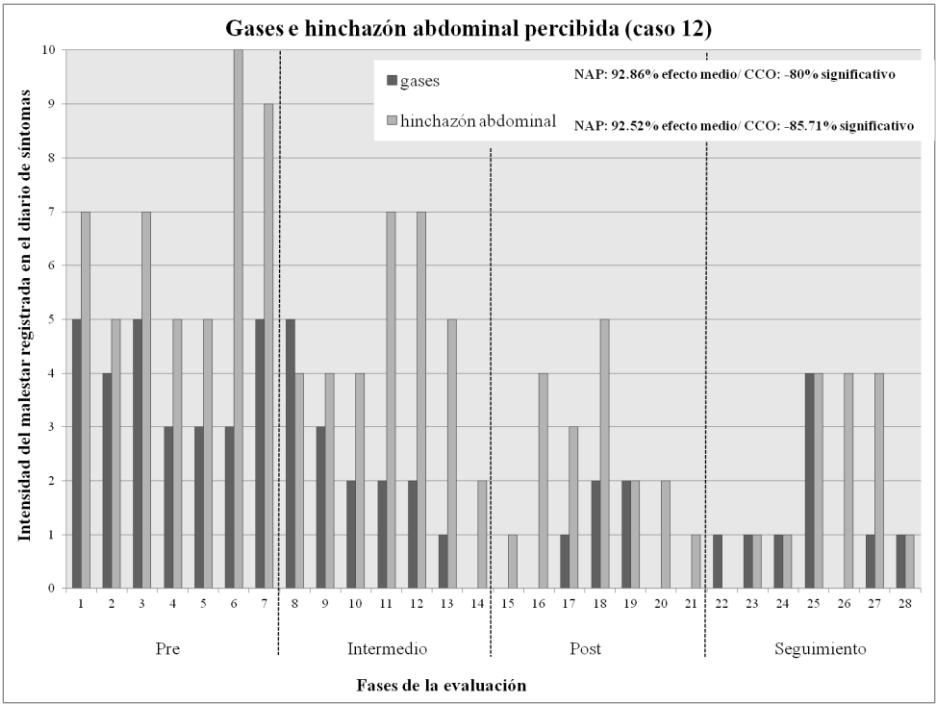


Figura 175. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 12)

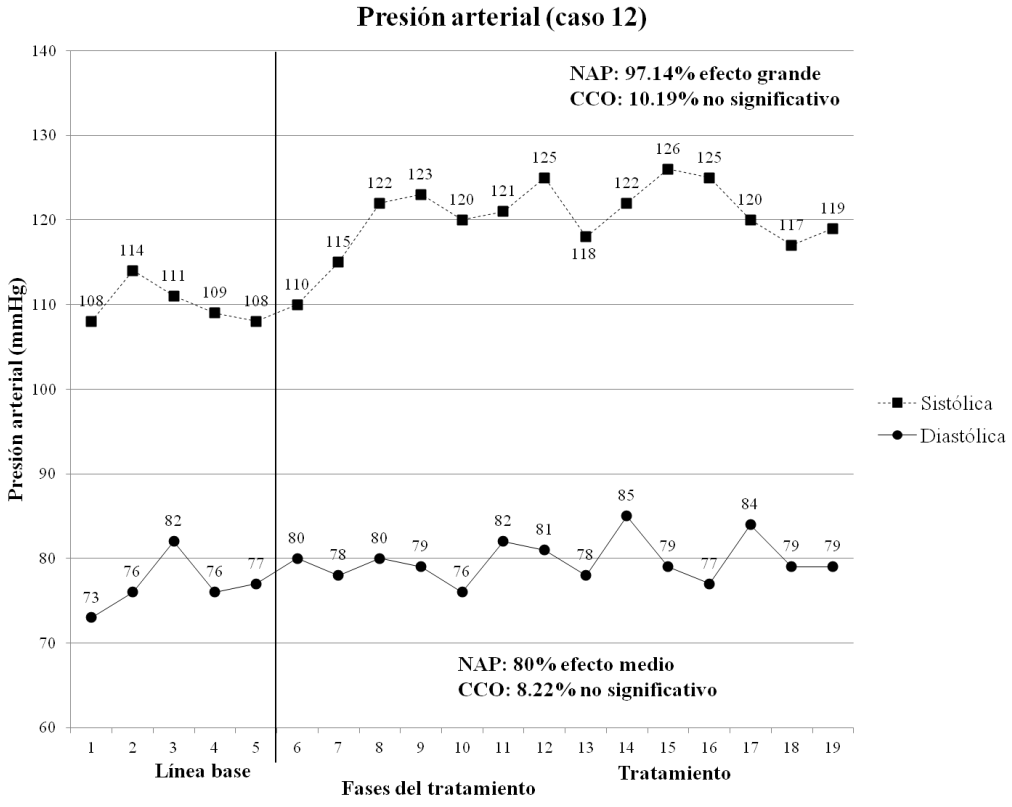


Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica, así como menores de los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus hábitos de sueño, toma de café, así como la regulación de sintomatología depresiva y ansiosa en las áreas vitales.

Como se puede ver en la figura 176, el tamaño del efecto fue grande en la presión sistólica dado que se mantuvieron las lecturas en el promedio considerado como saludable, además de un efecto medio en la diastólica sin que el paciente recibiera algún fármaco para regular dichos niveles, pero obteniendo estabilidad en las mediciones. Además, se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en la presión diastólica y sistólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud y estos valores son sensibles a las condiciones de estrés que la persona enfrenta.

Figura 176. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 12)

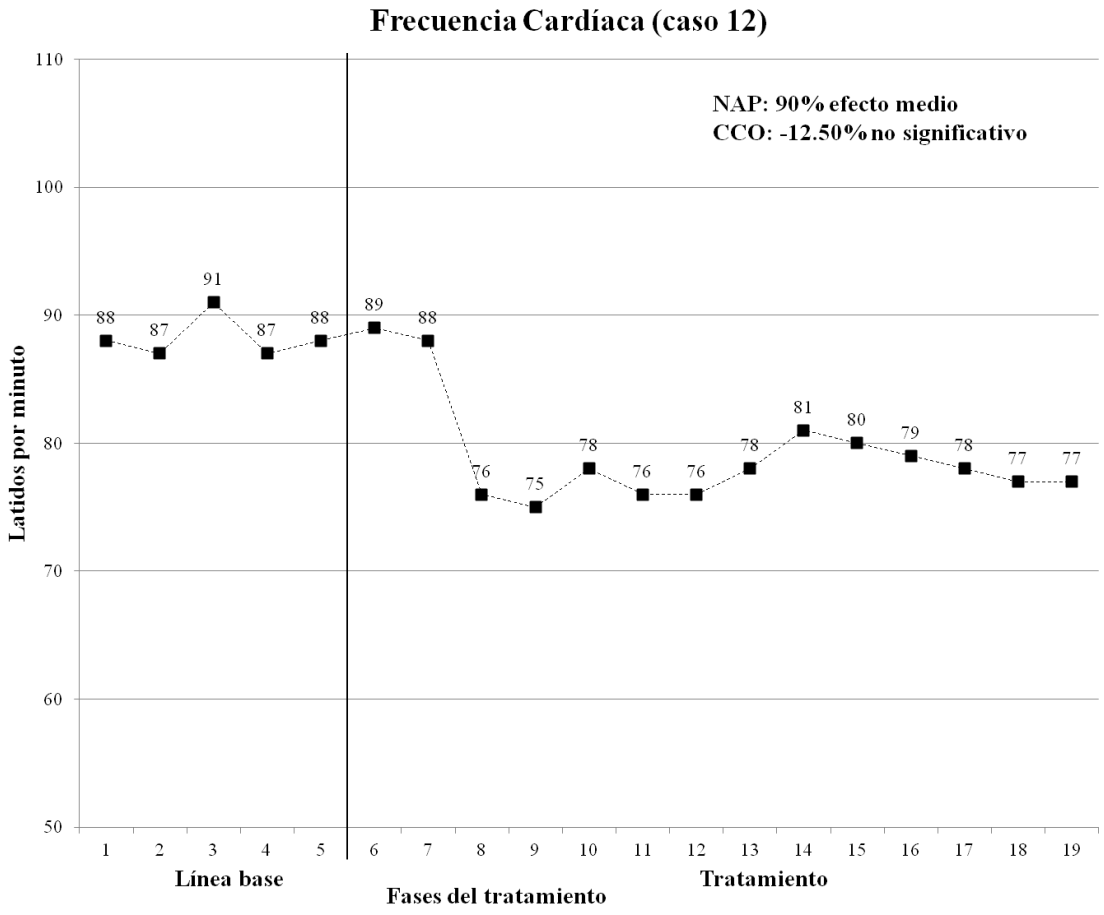


Frecuencia cardíaca.

Los valores que la paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre ochenta y siete a noventa y uno, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de setenta y siete pulsaciones por minuto.

Se obtuvo un tamaño de efecto medio del 90% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -12.50% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario (figura 177).

Figura 177. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 12)



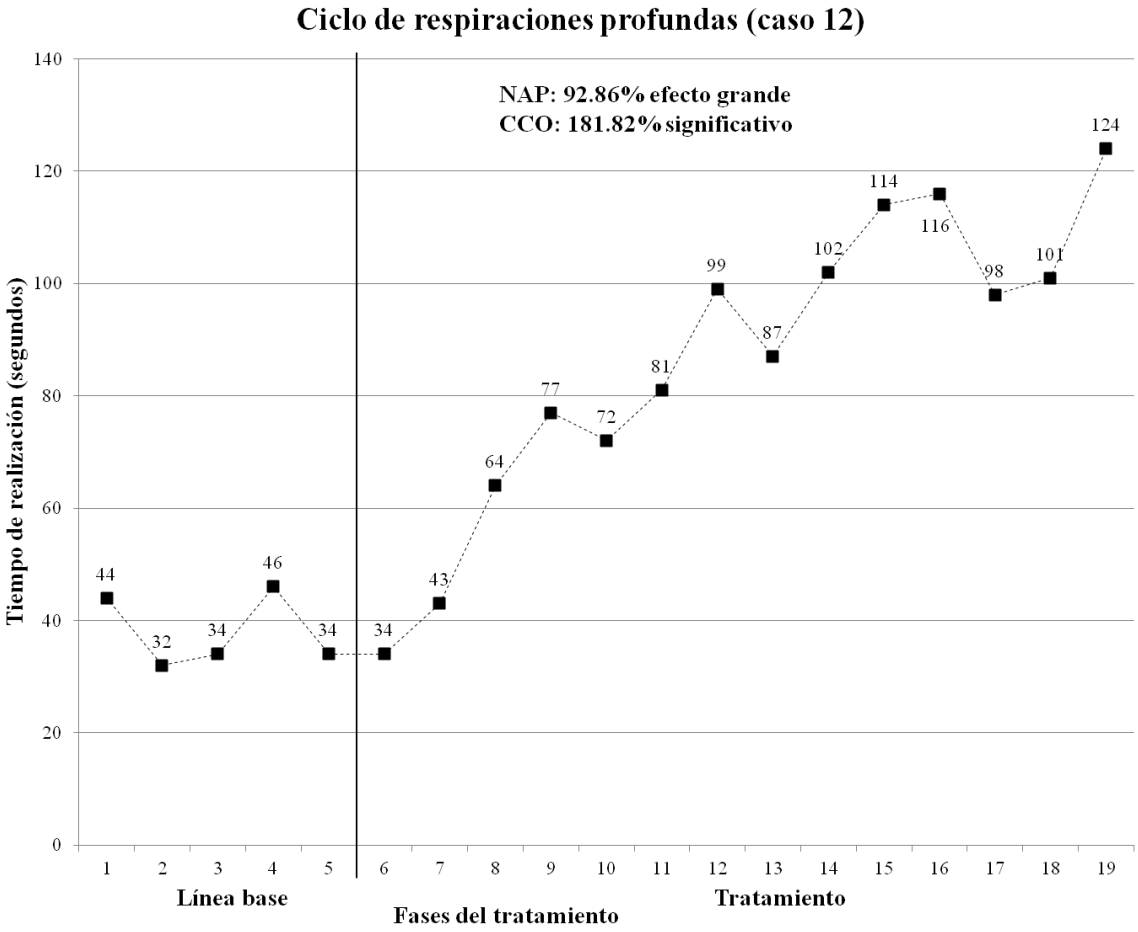
Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que la paciente señaló no tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera observado que

se realizara, se registró un máximo de cuarenta y seis segundos, en promedio 5.7 segundos por cada respiración diafragmática profunda y el reporte de “me cuesta mucho poder porque me pierdo en los pasos y de verdad me gusta pero si es difícil para mí intentar cosas nuevas en general” (sic).

Esta medida fisiológica se registró hasta el final de la intervención, en la ejecución de los tiempos de la paciente se obtuvo un tamaño de efecto grande con 92.86% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo con el 181.82% (figura 178), llegando a ejecuciones de ciento veinticuatro segundos con un tiempo promedio de 15.5 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad por ello se le incluyó en su carnet de cuidado como estrategia de prevención a recaídas de uso frecuente.

Figura 178. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 12)

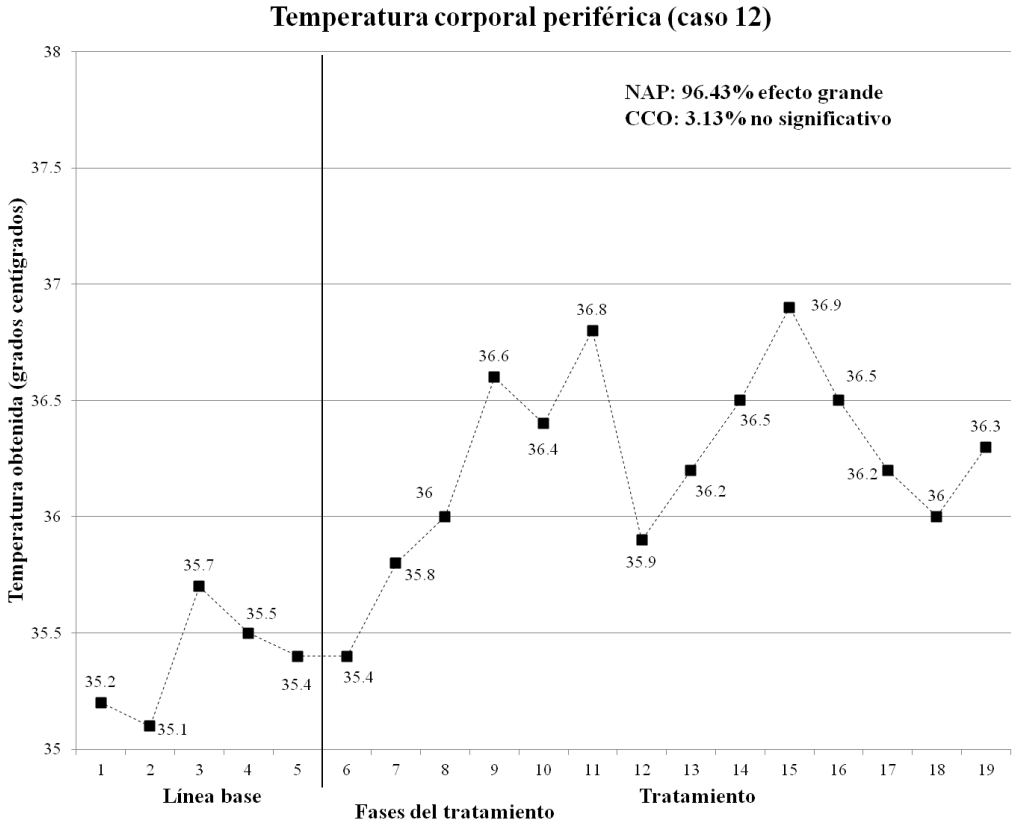


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.1 a 35.7° centígrados y el auto reporte de “entre el dolor y el frío de verdad, hay días en que el dolor es tan fuerte que sólo quiero sentir calorcito porque eso me lo calma, pero es muy difícil luego tener esa temperatura cálida” (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36.9° centígrados el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos, las medidas mostraron un tamaño del efecto grande con un 96.435% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal y en el caso de la paciente las mediciones fueron en período decembrino y las temperaturas de la sede eran frías, sin embargo esta fue de 3.13% (ver figura 179).

Figura 179. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 12)



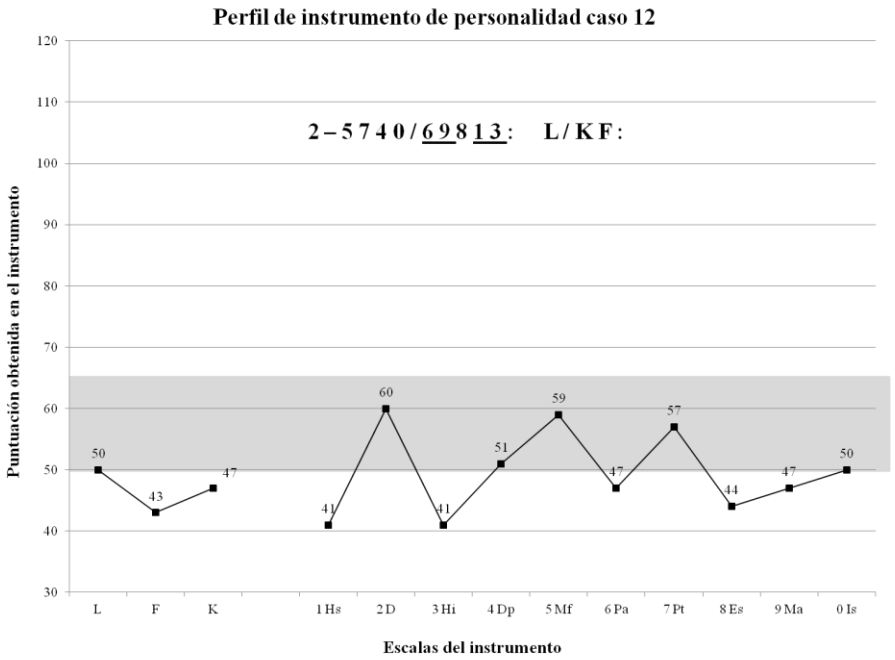
Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 180, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código reportan características la probabilidad de inhibición, irritabilidad, timidez, sentimientos relativamente crónicos de tristeza, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás, preocupación, pesimismo, actitud responsable, modestia, interés por la actividad, actitud aventurera, espontaneidad, asertividad.

Además de conciencia y responsabilidad acerca del propio accionar, tendencia a intelectualizar, la contracción al trabajo, la organización, el orden y una tendencia al perfeccionismo. Una actitud autocrítica y una capacidad introspectiva. además de una tendencia a ser vulnerables ante las amenazas reales e imaginarias y se inclinan por anticipar los problemas antes de que ocurran, reaccionan en extremo ante el menor estrés con sentimientos de "fatalidad catastrófica" y presentan variedad de síntomas físicos, fatiga y agotamiento, se sienten infelices y tristes y son lentos en sus acciones, en su discurso y pueden presentar también lentitud en los procesos de pensamiento.

Figura 180. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 12)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

Dentro de unos avances percibidos en el tratamiento la paciente logró llevar a cabo la toma de decisión que venía preparando respecto a su separación legal de su expareja, así como a un acuerdo respecto a sus bienes y firmar el acta de divorcio de mutuo acuerdo.

Por otra parte, metió papeles de cambio de tutor, los cuales se quedaron en tratamiento en el egreso y tras el seguimiento de seis meses posterior al alta refirió que el trámite fue aprobado y había encontrado a una profesora con quien mejoró la relación que tenía y los avances que llevaban. Disminuyó su consumo de café y lo reemplazó por té sin cafeína para llevar a cabo la toma de fármacos.

Además, durante su estancia de 6 meses en Francia logró acordar con su hermana las condiciones o cambio para proveer los recursos económicos a ella y a su madre, se mantuvo con un solo médico gastroenterólogo durante al menos seis meses en modalidad a distancia dado su viaje, recibió un analgésico con ibuprofeno y hioscina con su médico ginecólogo que tomaba en el día dieciséis y en el uno y dos de su período y reducía el malestar.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

La paciente mencionó que se instalaría en un proceso de psicoterapia al llegar a México para trabajar su búsqueda de pareja de tipo homosexual, dentro de los factores que no se modificaron mucho fueron los niveles de estrés a los cuales estaba expuesta ante las entregas y el intercambio a otro país sin embargo, la paciente refirió que “aunque el estrés ha incrementado y la demanda también, me siento lista con los recursos que recibí en el tratamiento para hacerle frente a lo que venga, tengo más fuerza” (sic. pac.).

Otra de las variables importantes con la paciente fue reforzar la práctica de la respiración profunda dado que es una estrategia que le resultaba compleja de poder llevar a cabo según refirió y en ocasiones olvidaba practicarla por lo cual se le incluyó dentro del carnet de cuidado a la salud.

Caso 13.

Paciente femenina de 27 años, soltera, que se define a sí misma como heterosexual, describe su ocupación, con grado de licenciatura en Sociología trunca hasta sexto semestre en la Facultad de Ciencias Políticas y sociales, campus Ciudad Universitaria, UNAM. Es la hija menor de dos hijos. No fue referida ni derivada de ninguna institución y cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable desde 2017 del cual presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento de su plan alimenticio, así como abandono de las citas subsecuentes en el servicio médico y psicológico. Cuenta con antecedentes de más de diez tratamientos psicológicos y gastroenterológicos y citas en servicios de urgencias, es importante mencionar que abandonó sus seguimientos en ginecología ante el tratamiento para Virus de Papiloma Humano.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 181 muestra la formulación del caso trece de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "rumiación, nerviosismo y preocupaciones constantes, así como evitar a pensar en soluciones a las problemáticas que le tienen agobiada, opresión en el pecho y dificultades para respirar, así como miedo a volverse loca" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez, que la paciente presentaba como eventos antecedentes las situaciones de estrés laboral (ocupar un puesto de mando en un despacho contable privado para atención a clientes y la administración de ingresos y egresos), estrés por la relación de pareja con el socio del despacho (con celos por parte de la paciente) y estrés profesional con el desconocimiento de los lineamientos legales de su trabajo y la no conclusión de su licenciatura que se ve fortalecido por los comentarios constantes de su pareja respecto a su estatus de pasante.

En cuanto a la alimentación se encontró una ingesta de alimentos concentrados en condimentados, un período de ayuno de 6 horas (8 am a 2 pm), la comida con porciones de picantes o comidas corridas con grandes cantidades de pasta, verdura, proteínas y cinco tortillas. La colación entre la comida y la cena es ocasional ya que refiere a la paciente que se inflama mucho después de comer y la cena suele ser ensalada o sushi con su pareja y su consumo de agua es menor a un litro.

Esto le genera como consecuencia que la exacerbación de los síntomas gastrointestinales cada dos semanas con dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, inflamación abdominal y sensación de saciedad temprana, gases y sensación de pesadez al caminar e incomodidad en usar sus pantalones con botones

ante la inflamación. Abandono del tratamiento para el virus del papiloma humano, aislamiento social, evita ver a su madre y a su hermano, dificultades en ejecutar las tareas del despacho lo cual genera sintomatología depresiva con llanto, frustración, culpa, tristeza y percepción ineficacia, lo cual le lleva la postergación de sus pendientes y a conflictos dado el cumplimiento de las actividades y regaños por parte de los socios y peleas con la pareja por temas laborales y de celos que acentúan la falta de oportunidades adicionales laborales por la falta de conclusión de la licenciatura en su área, la falta de plan de vida profesional y el consumo del alcohol semanal de un litro.

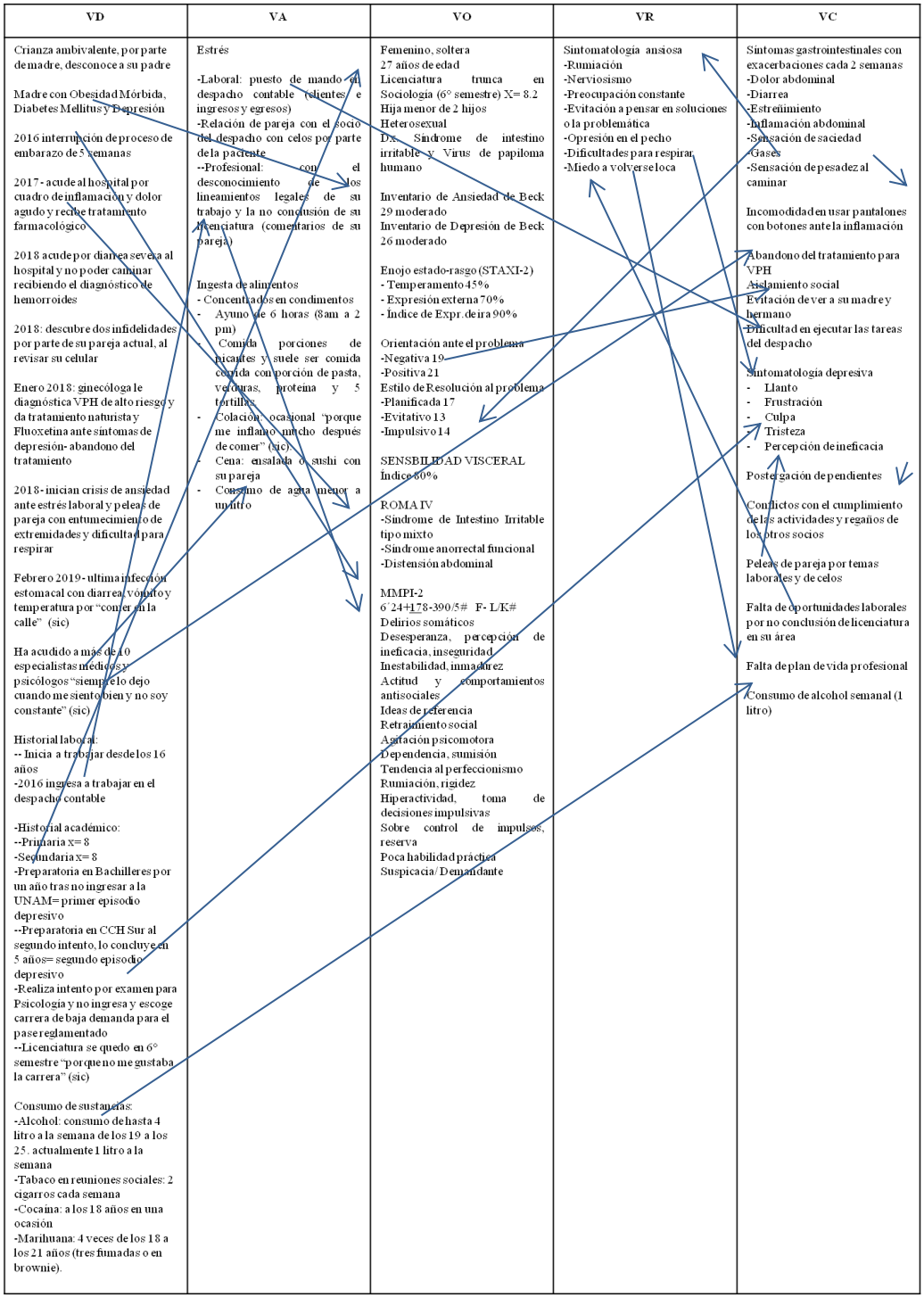
Como variables en su historia de vida tenemos un estilo de crianza ambivalente por parte de la madre, el desconocimiento por parte de su padre ya que éste les abandonó desde pequeños a ella y a su hermano. Entre los antecedentes heredofamiliares su madre con diagnóstico de obesidad mórbida, diabetes mellitus y depresión sin tratamiento farmacológico y su hermano mayor con Depresión en tratamiento psicológico.

En el 2016 la paciente realiza una interrupción de embarazo de cinco semanas de manera voluntaria, en 2017 acude al hospital por un cuadro inflamación intestinal y dolor agudo y recibe tratamiento farmacológico. En 2018 descubre dos infidelidades por parte de su pareja actual al revisar su celular y también en dicho año acude por diarrea severa al hospital y no poder caminar recibiendo el diagnóstico de Hemorroides, los síntomas gastrointestinales agudos exacerban los síntomas de ansiedad y con ello las crisis de angustia ante el estrés laboral y las peleas con su pareja con entumecimiento de extremidades y dificultad para respirar.

Otro evento importante fue en febrero 2019 al presentar una infección estomacal intensa con diarrea, vómito y fiebre “por comer en la calle” según refiere la paciente, además de acudir a más de diez especialistas médicos y psicólogos en que la paciente señal “siempre lo dejó cuando me siento bien y no soy constante” (sic. pac.). En su historia laboral inició a trabajar desde los dieciséis años y en 2016 es cuando ingresó a trabajar en el despacho contable tras conocer a su pareja.

En su historial académico en la primaria y secundaria mantiene un promedio de ocho, en la preparatoria la cursa en el Bachilleres por un año al no ingresar a la UNAM en su primer intento y marca este año como un primer episodio depresivo moderado-severo. Ingresa a la preparatoria en su segundo intento en el CCH Sur y lo concluye tras cinco años por adeudar materias y menciona que el haberse quedado dos años adicionales le generó un segundo episodio depresivo. Realiza entonces el intento de ingreso a licenciatura por examen para Psicología y no ingresa, lo cual incrementa la tristeza en la paciente.

Figura 181. Mapa de Patogénesis del caso trece, atendido en el protocolo.



Escoge una carrera de baja demanda para el pase reglamentado y por lo tanto escoge la carrera de Sociología y cursa hasta el sexto semestre y no la concluye ya que “no me gustaba la escuela y no era lo mío” (sic. pac.).

En cuanto al consumo de sustancias señala que respecto al alcohol era de hasta cuatro litros a la semana desde los diecinueve a los veinticinco años y actualmente un litro a la semana; de tabaco en reuniones sociales dos cigarros y actualmente cada semana; la cocaína menciona a los dieciocho años haberla probado alguna ocasión en una fiesta y no ser de su agrado los efectos y, por último, la marihuana cuatro veces de los dieciocho a los veintiún años (tres fumadas o en un brownie).

Sensibilidad visceral.

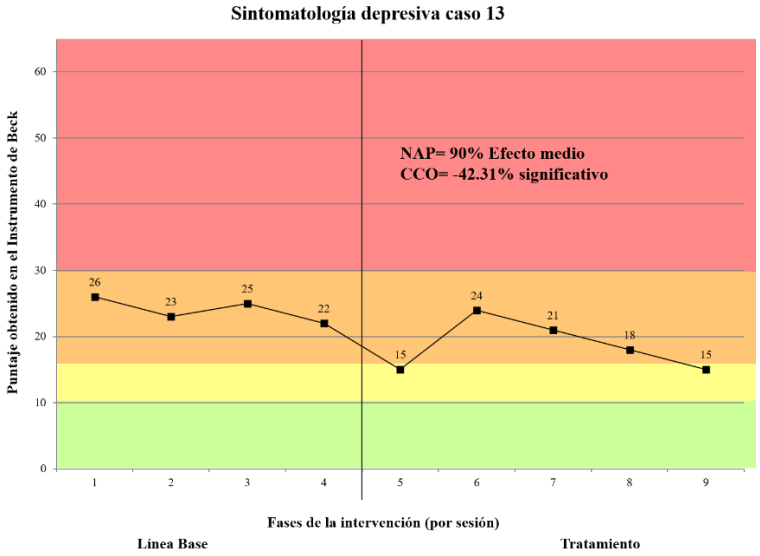
La paciente presentó un porcentaje del 80% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas laborales y de pareja con constantes conflictos, así como miedo a equivocarse en los trámites que realizaba “capacito a otros, pero yo sólo repito lo que me dicen, pero no sé ni porqué ya que pues no entiendo” (sic. pac.).
Se presentó a nueve sesiones contemplando la entrevista inicial y la evaluación, y abandonó el tratamiento repentinamente y no se logró obtener respuesta después de 6 seguimientos durante seis meses en que se llevaron a cabo por lo cual sólo se cuenta con la primera medición.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado de sintomatología depresiva entre veintidós a veintiséis puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base, durante las mediciones de tratamiento (cinco-nueve), la semana seis los puntajes de síntomas depresivos se elevaron dado que la paciente refirió “nos tocó hacer el corte del mes y los socios del despacho venderán su parte a mi pareja y él me dijo que quiere que le ayude a administrarlo pero me da pena y él tan entusiasmado con eso que me genera duda y miedo al compromiso” (sic. pac.) (ver figura 182).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue medio con 90% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -42.31%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

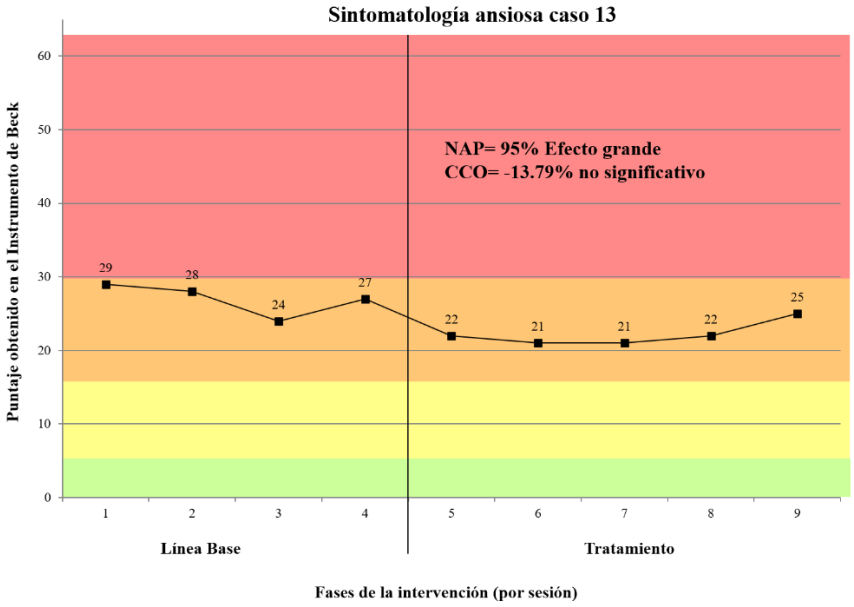
Figura 182. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 13)



Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones moderadas en sus instrumentos de sintomatología ansiosa de veinticuatro a veintinueve puntos en la línea base y a lo largo del tratamiento dicho nivel de sintomatología moderada se mantuvo pero en puntuaciones cercanas o similares y no concluyó el tratamiento por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 183) en que se obtuvo un tamaño de efecto grande con un 95% y un índice de cambio clínico negativo no significativo del -13.79%.

Figura 183. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 13)



Enojo.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de enojo, respecto al rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) presentó un 35% que es un porcentaje medio, en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) presentó un 45% representando un nivel moderado, mientras que en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) obtuvo un 35% con un nivel moderado.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) obtuvo un 25% que pertenecía a la categoría moderada y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) obtuvo un 70% que pertenece al rango medio.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que estén en un punto bajo, sin embargo, en el control interno obtuvo un 5% con pocas estrategias para regular su emoción de enojo y en el externo puntuó con 5% con intentos en reprimir o no expresar dicha emoción. Por último, en el índice general de la ira obtuvo un 90% representando problemas con el manejo de la ira que conllevan a problemas interpersonales y de salud ante esta emoción negativa.

Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación positiva o funcional con veintiún puntos al inicio del tratamiento más alta respecto a una negativa con diecinueve puntos que requiere mayor entrenamiento de la habilidad al respecto.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo un mantenimiento del estilo no funcional impulsivo con catorce puntos y un estilo evitativo de trece puntos, respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas mostró diecisiete puntos que a pesar de mostrar fortalezas se beneficiaría de un entrenamiento.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dado sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como la ansiedad, dolor abdominal y diarrea, sólo entregó el diario inicial e intermedio por ello, son los que se muestran en las figuras 184 y 185.

En los síntomas registrados en los diarios, uno de ellos mostró un tamaño de efecto grande (gases) mientras que la hinchazón y dolor abdominal tuvieron un efecto medio y en cuanto a la diarrea/ estreñimiento y la ansiedad ante los síntomas gastrointestinales tuvieron un efecto débil. Para tres síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo en que se redujeron acorde a lo sugerido por la literatura, excepto para la diarrea y ansiedad en que obtuvo un porcentaje de 0% no significativo.

Figura 184. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 13)

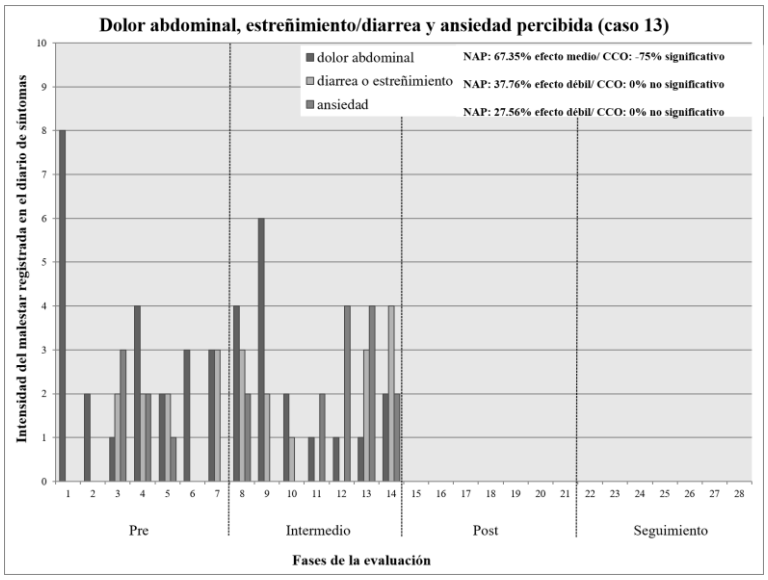
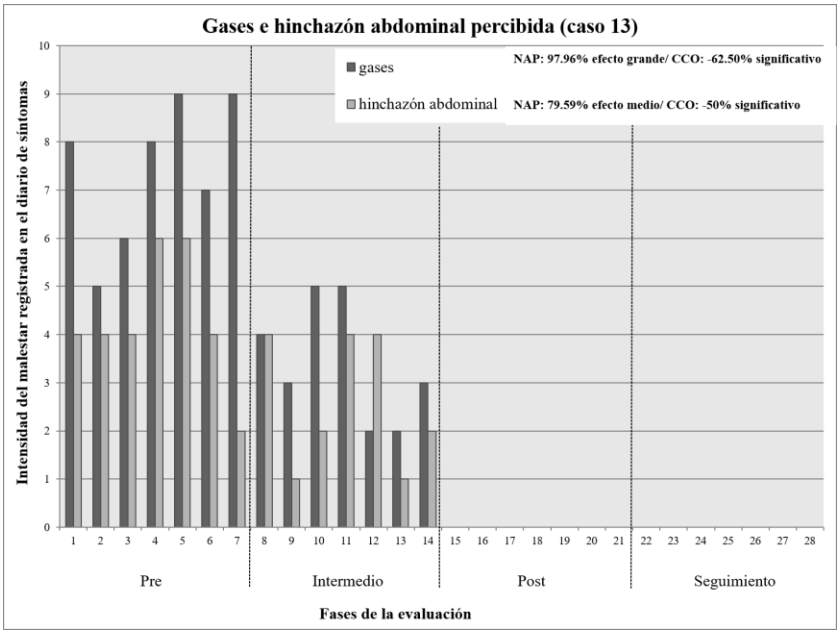


Figura 185. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 13)



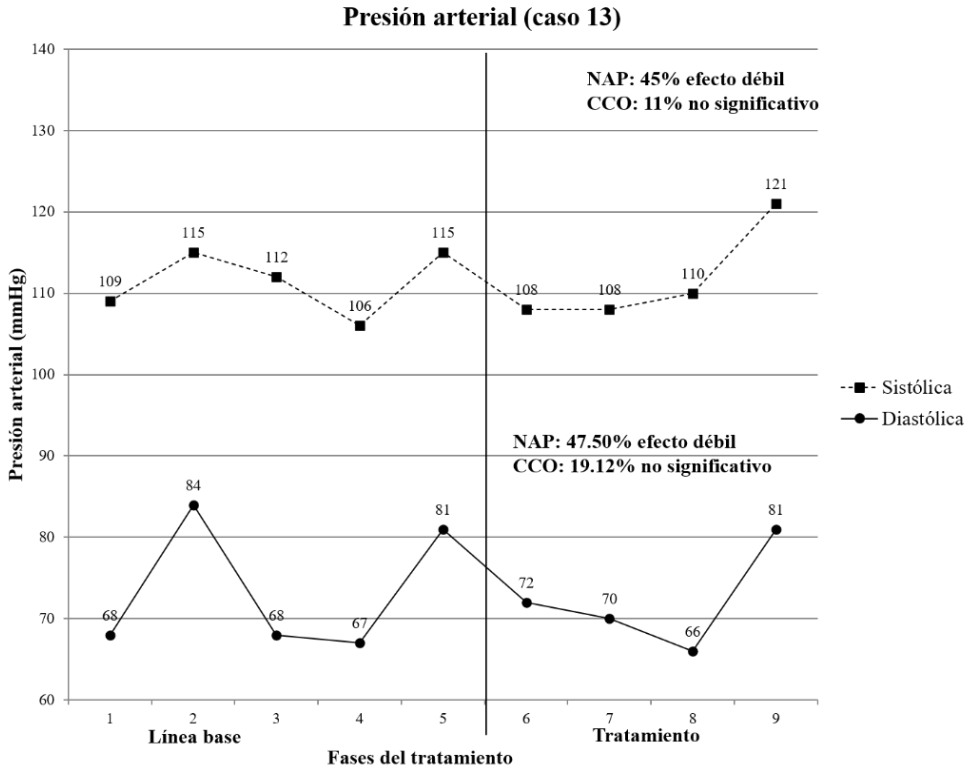
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo de los 120 mmHg en la presión sistólica así como menores o cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar e incrementar estos valores al modificar sus horarios comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales y dar monitoreo a su cuidado ginecológico por virus de Papiloma Humano.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 186, el tamaño del efecto fue débil en la presión sistólica y en la diastólica, además se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en la presión sistólica y diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud.

Figura 186. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 13)

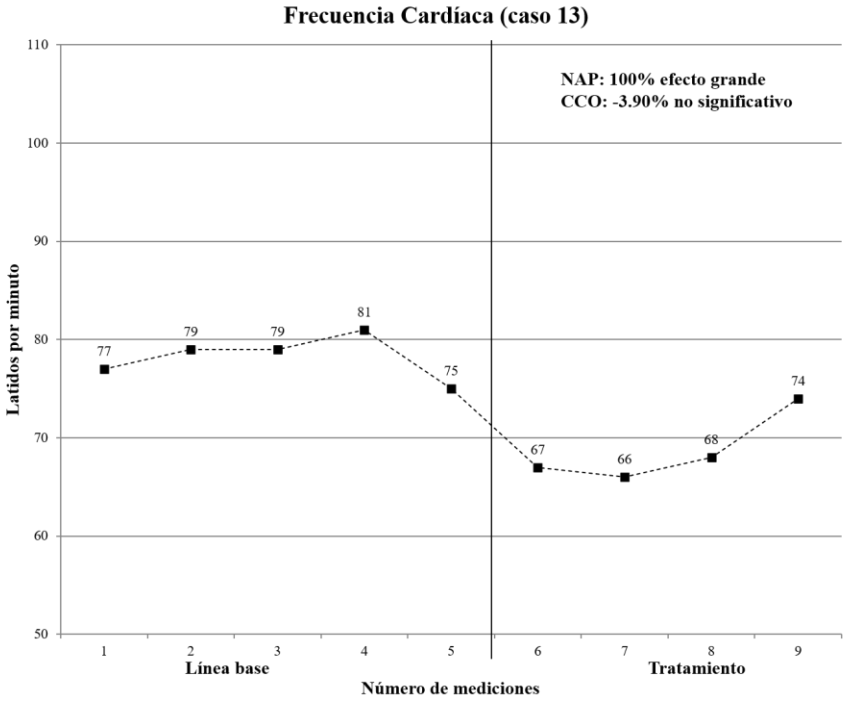


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto que comenzaba entre setenta y siete, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de setenta y cuatro pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas.

Se obtuvo un tamaño de efecto grande del 100% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -3.90% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones mostraban oscilaciones y traslapes de los valores de la línea base (figura 187).

Figura 187. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 13)

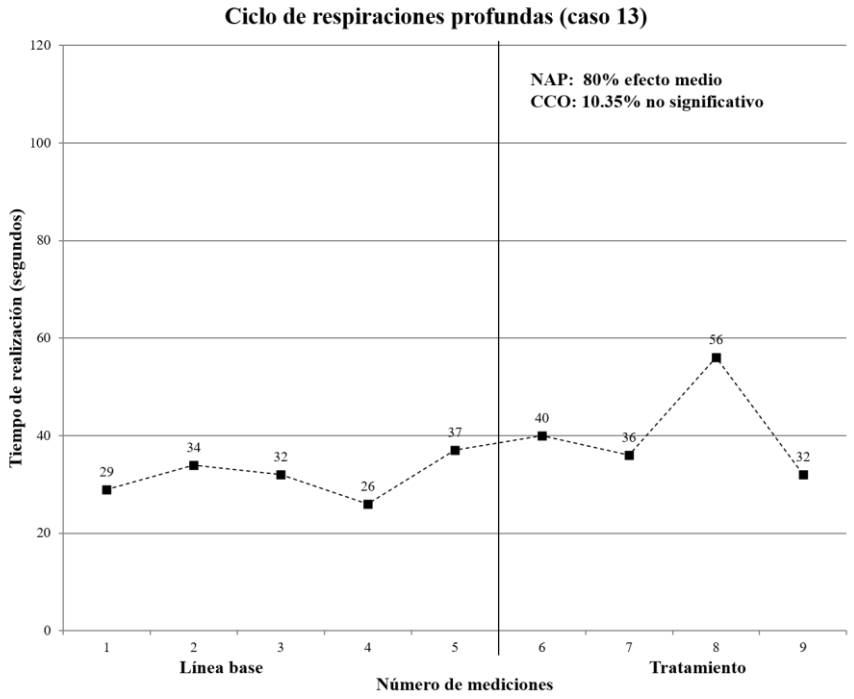


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de treinta y siete segundos, en promedio 4.6 segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica se siguió tomando en el tratamiento, en que obtuvo un tamaño de efecto medio del 80%% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) no significativo con el 10.35% (figura 188), llegando a ejecuciones de cincuenta y seis segundos con un tiempo promedio de 7 segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad.

Figura 188. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso13)

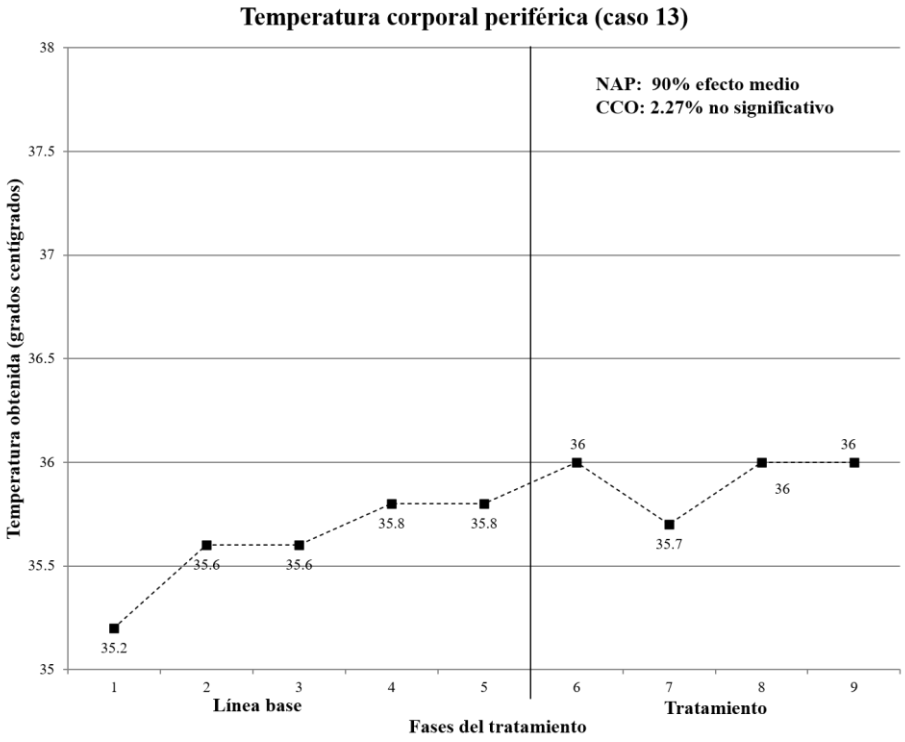


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.2 a 35.8° centígrados y el auto reporte de "siempre estoy sudando y están frías, además me incomoda estar así" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura incrementó hasta 36° centígrados, el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa que permitiera generalizarla por lo cual se retomaba sesión a sesión y se corregía en los elementos erróneos y tras la interrupción de manera general las medidas mostraron un tamaño del efecto medio del 90% pero con un índice clínico positivo objetivo no significativo dado que no se puede incrementar más la temperatura sin alterar la homeostasis corporal, sin embargo esta fue de 2.27% (ver figura 189).

Figura 189. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 13)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 190, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código reportan Este tipo de código es común en aquellos pacientes que tienen antecedentes penales. Suelen tener problema con la ley, son impulsivos y necesitan la satisfacción inmediata de los sus impulsos. Tienen poco respeto por normas y valores sociales, a menudo presentan acting-out y carecen de culpa y remordimiento por los actos cometidos y es probable que beban en exceso. Parecen frustrados por su falta de logros y se muestran resentidos ante las demandas que otras personas les hacen. Es posible que exista ideación e intentos de suicidio, en particular si ambas escalas están excesivamente elevadas.

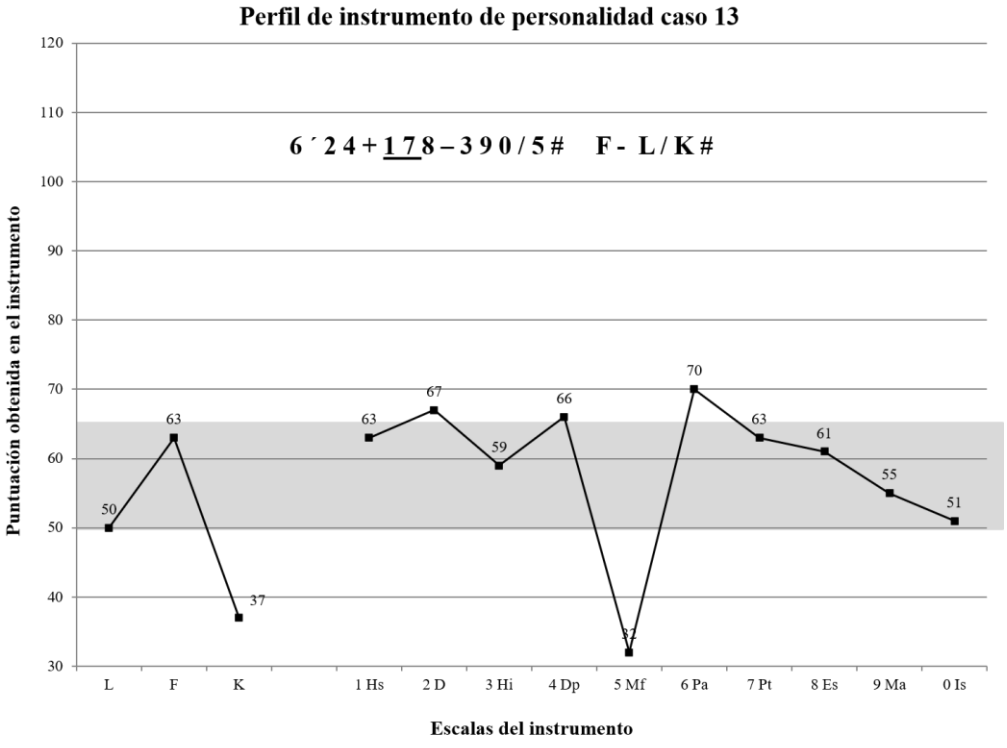
Tienen una marcada inclinación a manipular a los demás, tienden a parecer sociables y extrovertidos, dando una impresión inicial favorable. Son cohibidos, insatisfechos consigo mismos, así como

pasivo—dependientes. El pronóstico en psicoterapia es pobre, aunque expresen su necesidad de ayuda y un deseo de cambio. Es probable que terminen rápidamente con la terapia si desaparece el estrés o disminuyen sus dificultades legales.

Estos pacientes se caracterizan por ser inmaduros, narcisistas, indulgentes consigo mismos y pasivo-dependientes. Hacen demandas excesivas hacia otras personas en búsqueda de atención, simpatía y compasión. Las mujeres con este perfil se identifican en extremo con el rol femenino tradicional y dependen en gran medida de los varones. Estos pacientes no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto.

Son desconfiados con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, poseen hostilidad y enojo reprimidos. Con frecuencia son irritables, discutidores, malhumorados, y resentidos con la autoridad. Probablemente nieguen tener problemas psicológicos graves, en vez de ello racionalizan y proyectan la culpa hacia los otros sin aceptar su propia responsabilidad en conducta. También son poco realistas y grandiosos en sus auto estimaciones. Suelen ser poco receptivos a la psicoterapia y en general se les diagnostica personalidad pasivo-agresiva o esquizofrenia de tipo paranoide.

Figura 190. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 13)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

Dentro de los avances clínicos se comenzó a realizar el entrenamiento en solución de problemas para encaminar a la paciente para el balance decisional del área académica para el plan profesional de concluir Sociología o Administración para su ejecución.

La paciente tramitó una cita con su médico ginecólogo quien le prescribió Fluoxetina como apoyo a su estado de ánimo ansioso-depresivo y sus citas subsecuentes para el abordaje del Virus de Papiloma Humano.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Sin embargo, la paciente abandonó el tratamiento psicológico al inicio del entrenamiento en desactivación fisiológica por lo cual no se pudo corroborar la permanencia de estos cambios o incrementos. Por otra parte, no se pudo actualizar el tratamiento farmacológico en salud mental además de implementar la solución de habilidades sociales y estrategias de detención de las preocupaciones y toma de decisiones en las áreas sociales, pareja, académica y de salud.

Caso 14.

Paciente femenina de 18 años, soltera, que se define a sí misma como heterosexual, describe su ocupación como estudiante, con grado de licenciatura en curso de Psicología en la Facultad de Psicología, campus Ciudad Universitaria, UNAM. Es la hija mayor de dos hijos. No fue referida ni derivada de ninguna institución y cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable desde 2015 del cual presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento de su plan alimenticio, así como abandono de las citas subsecuentes en el servicio médico y psicológico. Cuenta con antecedentes de más de seis tratamientos psicológicos y gastroenterológicos.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 191 muestra la formulación del caso trece de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como "pensamientos obsesivos y catastróficos, rumiación, bochornos, miedo a las multitudes, sudoración, opresión en el pecho, taquicardia, alteración del sueño con agitación y la necesidad de dormir más tiempo además de un incremento del apetito y pensamiento paranoide con ideas de tipo "hablan por detrás de mí, me doy miedo yo misma e incluso sólo se burlan de mí y son unos hipócritas y tontos" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez, que la paciente presentaba como eventos antecedentes las situaciones de estrés académico (ingreso a la universidad, trabajos en equipo, exámenes y la organización de horarios) y el estrés familiar con el consumo de alcohol diario en ambos padres además de los problemas económicos y el abandono del tratamiento farmacológico sin monitoreo y en cuestión de alimentación.

En cuanto a la alimentación se encontró el desayuno a las 11 a.m. que usualmente era guisado del día previo, a las 2 p.m. le tocaba como colación un frappé de café o algún alimento con azúcar para "quitarse el hambre y aguantar las clases" (sic. pac.) al tenerlas de modalidad presencial previo la pandemia. A las 4 o 6 p.m. como la comida suele ser un sándwich o verdura y a las 8 p.m., en la colación un paquete de galletas y a las 11 p.m. guisado, carne o alimentos fritos acompañadas de cuatro a seis tortillas y un consumo de agua natural menor a 500 mililitros.

Esto le genera como consecuencia que la exacerbación de los síntomas gastrointestinales: dolor de abdomen, diarrea, distensión abdominal, gases y sensación de vaciado incompleto, así como enojo: hostilidad, reclamos verbales de la paciente a los padres, suele aventar objetos, tensión en la

mandíbula, sensación de ardor en el estómago y dificultad de seguir órdenes superiores ya sean padres o profesores.

Otras consecuencias que señaló fueron la sintomatología depresiva con tristeza, pérdida de motivación, apatía, culpa, llanto, desesperanza, postergación de tareas, evita tomar decisiones, aislamiento social y conflictos con compañeros de la escuela, déficit en habilidades sociales para expresar desacuerdo, afecto y asertividad, consumo de sustancias, baja red de apoyo social e indecisión sobre la licenciatura actual así como búsqueda de especialistas para los síntomas agudos y abandono tras mejoría, dificultades para salir de casa sin compañía y toma de decisiones impulsivas.

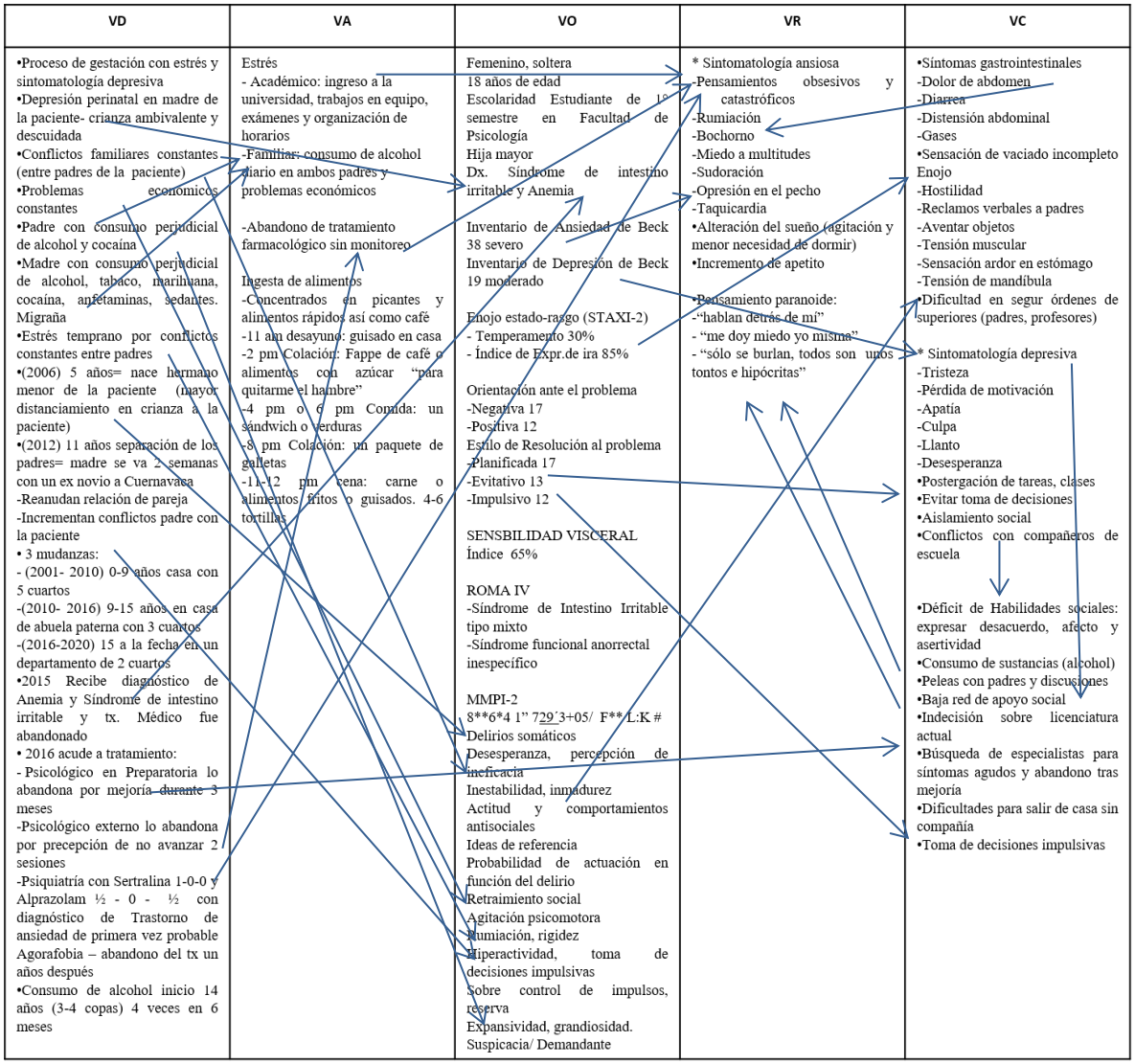
Como variables en su historia de vida tenemos un proceso de gestación con estrés y sintomatología depresiva perinatal en la madre así como una crianza ambivalente y descuidada en los primeros años de vida por parte de su madre, conflictos entre los padres de la paciente por infidelidades de ambos o por la situación económicos constantes y consumo perjudicial de alcohol y cocaína por parte de su padre y de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, sedantes y medicamentos para el dolor de cabeza "dice que es migraña" (sic. pac.) por parte de su madre.

Además, a los 5 años de la paciente, al nacer su hermano menor la paciente describe "comienzan a ser más cuidadosos con él que conmigo" (sic. pac.) y a los 11 años la paciente se va con su mamá y su exnovio por dos semanas en que señala 2no entendía que pasaba y porque mi mamá estaba con otro señor que no era mi padre" (sic. pac.)

Posteriormente sus padres vuelven con la aceptación de su padre de la condición de la madre respecto a casarse para que ella volviera, incrementan los conflictos y reclamos del padre a la paciente por "haber permitido" dicha separación a pesar de que la paciente era una niña. Ha tenido tres mudanzas: la primera a los 9 años a una casa con cinco cuartos, la segunda, a los 15 años en la casa de la abuela paterna con tres cuartos y tercero, en 2016 a la fecha en un apartamento de dos cuartos en que hay hacinamiento

En 2015 recibe el diagnóstico de Anemia y síndrome intestino irritable, en 2016 solicita un tratamiento psicológico y lo abandona por mejoría después de tres meses, acude a otro servicio psicológico privado el 2016 y luego a servicios médicos por percepción de no avance, en cuanto a tratamiento farmacológico estaba tomando Sertralina y Alprazolam con impresión de diagnóstico de trastorno de ansiedad por primera vez con probable agorafobia y abandono del tratamiento.

Figura 191. Mapa de Patogénesis del caso catorce, atendido en el protocolo.



Escoge una carrera de baja demanda para el pase reglamentado y por lo tanto escoge la carrera de Sociología y cursa hasta el sexto semestre y no la concluye ya que "no me gustaba la escuela y no era lo mío" (sic. pac.).

En cuanto al consumo de sustancias señala que respecto al alcohol era de hasta cuatro litros a la semana desde los diecinueve a los veinticinco años y actualmente un litro a la semana; de tabaco en reuniones sociales dos cigarros y actualmente cada semana; la cocaína menciona a los dieciocho años haberla probado alguna ocasión en una fiesta y no ser de su agrado los efectos y, por último, la marihuana cuatro veces de los dieciocho a los veintiún años (tres fumadas o en un brownie).

Sensibilidad visceral.

La paciente presentó un porcentaje del 65% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas académicos y familiares de consumo de sustancias y falta de cuidados en la crianza familiar.

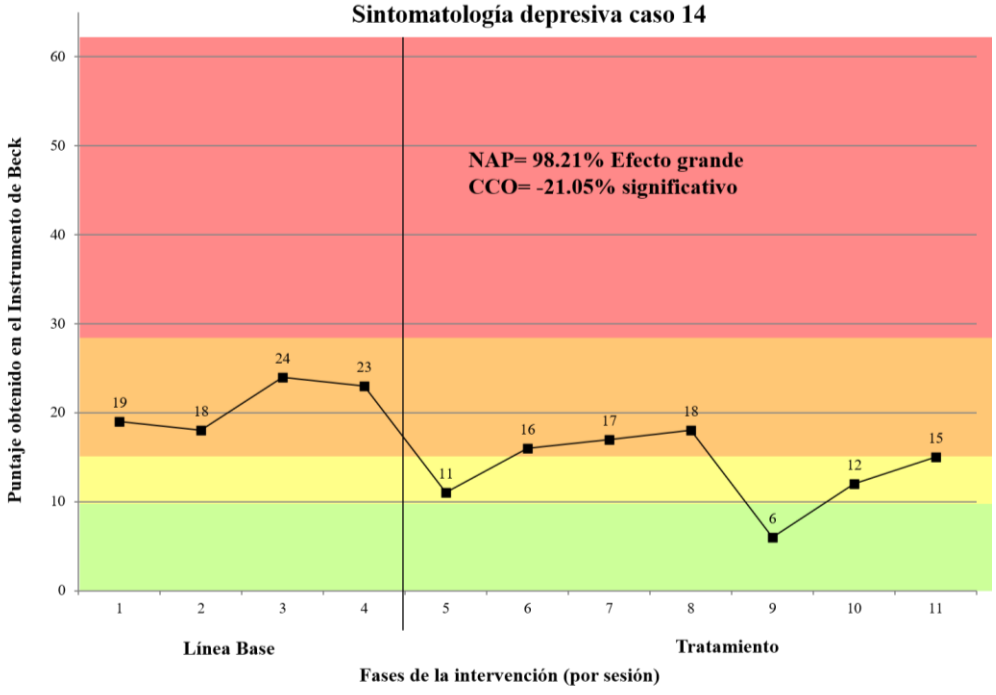
Se presentó a once sesiones contemplando la entrevista inicial y la evaluación, abandonó el tratamiento tras seguimientos continuos sin respuesta y con su solicitud de egreso voluntario ante las dificultades en horarios o inasistencias en las sesiones clínicas.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado de sintomatología depresiva entre dieciocho a veinticuatro puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base, durante las mediciones de tratamiento (cinco-once), los puntajes de síntomas depresivos disminuyeron a nivel mínimo-moderado, finalizando en quince puntos (ver figura 192).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 98.21% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -21.05%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

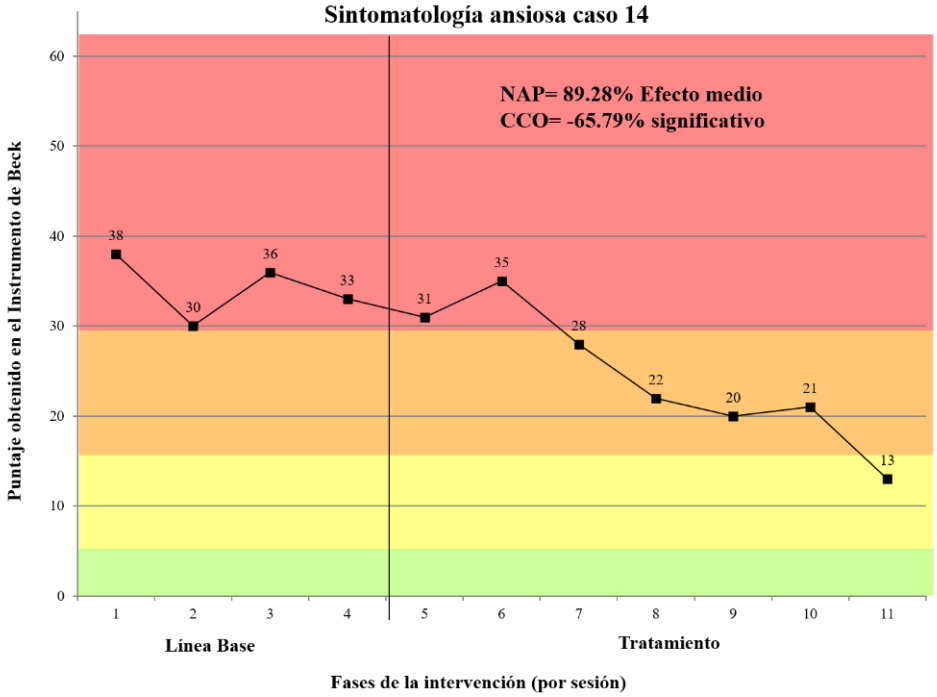
Figura 192. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 14)



Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones severas en los instrumentos de sintomatología ansiosa entre treinta a treinta y ocho puntos en la línea base y a lo largo del tratamiento dicho nivel de sintomatología se redujo a un nivel leve con trece puntos cuando la paciente concluyó el tratamiento de forma voluntaria, por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 193) en que se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 89.28% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -65.79%.

Figura 193. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 14)



Enojo.

La paciente no completó el tratamiento por lo cual sólo se cuenta con sus valores iniciales de enojo, respecto al rubro de rasgo (pensamientos de ser tratados de forma injusta y experimentar frustración) presentó un 20% que es un porcentaje bajo, en la reacción a la ira (sensibilidad a la crítica, agravios supuestos y evaluación negativa de los otros) presentó un 30% representando un nivel moderado, mientras que en el de temperamento (expresión de enojo ante provocaciones pequeñas) obtuvo un 10% con un nivel bajo.

En cuanto a las escalas de expresión interna (quedarse callado o no expresar la razón del enojo) obtuvo un 10% que pertenecía a la categoría bajo y en cuanto a la expresión externa (uso de insultos, maldiciones o romper objetos) obtuvo un 35% que pertenece al rango medio.

Las escalas de control como recursos para regular la expresión del enojo se esperan que estén en un punto equilibrado, sin embargo, en el control interno obtuvo un 1% con pocas estrategias para regular su emoción de enojo y en el externo puntuó con 1% con intentos en reprimir o no expresar dicha emoción. Por último, en el índice general de la ira obtuvo un 70% representando problemas con el manejo de la ira que conllevan a problemas interpersonales y de salud ante esta emoción negativa.

Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación negativa o poco funcional con diecisiete puntos al inicio del tratamiento más alta respecto a una positiva con doce puntos que requiere mayor entrenamiento de la habilidad al respecto.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo un mantenimiento del estilo no funcional impulsivo con doce puntos y un estilo evitativo de trece puntos, respecto al estilo planificado que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas mostró diecisiete puntos que a pesar de mostrar fortalezas se beneficiaría de un entrenamiento.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dada sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como dolor abdominal, hinchazón abdominal y diarrea, solo entregó el diario inicial e intermedio por ello, son los que se muestran en las figuras 194 y 195.

En los síntomas registrados en los diarios, uno de ellos mostró un tamaño de efecto grande (gases) mientras que la hinchazón y la ansiedad tuvieron un efecto medio y en cuanto a la diarrea/ estreñimiento y el dolor abdominal tuvieron un efecto débil. Para tres síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico no significativo negativo (nulos) con un porcentaje de 0%, sólo fue en el síntoma de gases que el cambio clínico fue significativo y la hinchazón abdominal tuvo un efecto significativo pero positivo, es decir que incrementaron del primero al segundo diario.

Figura 194. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 14)

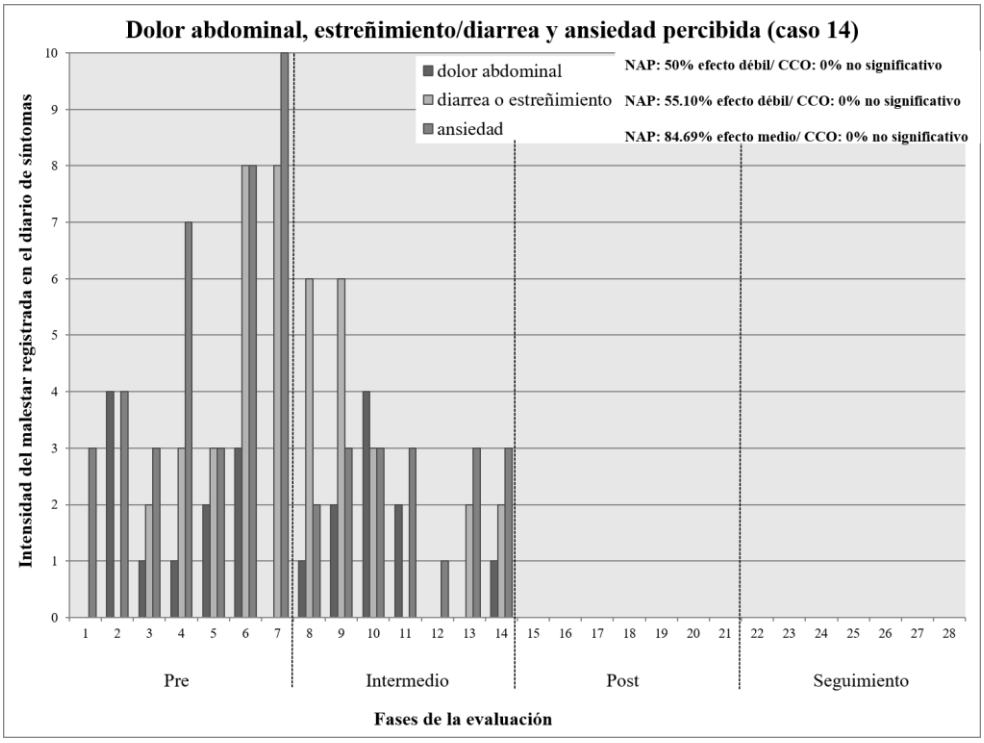
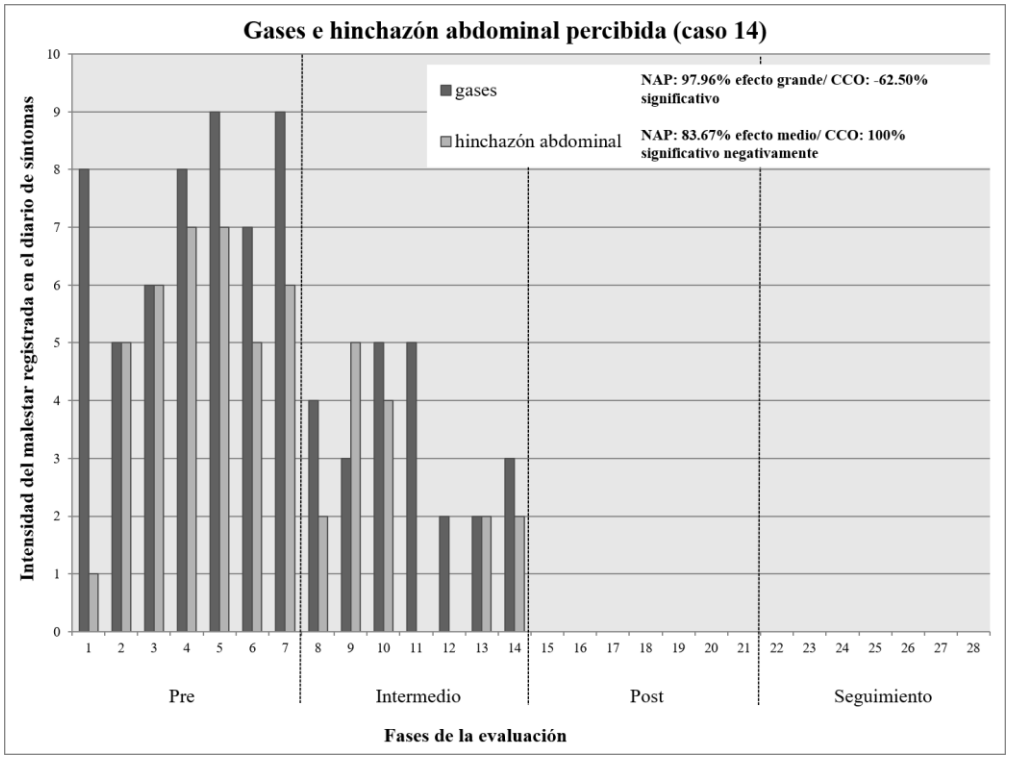


Figura 195. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 14)



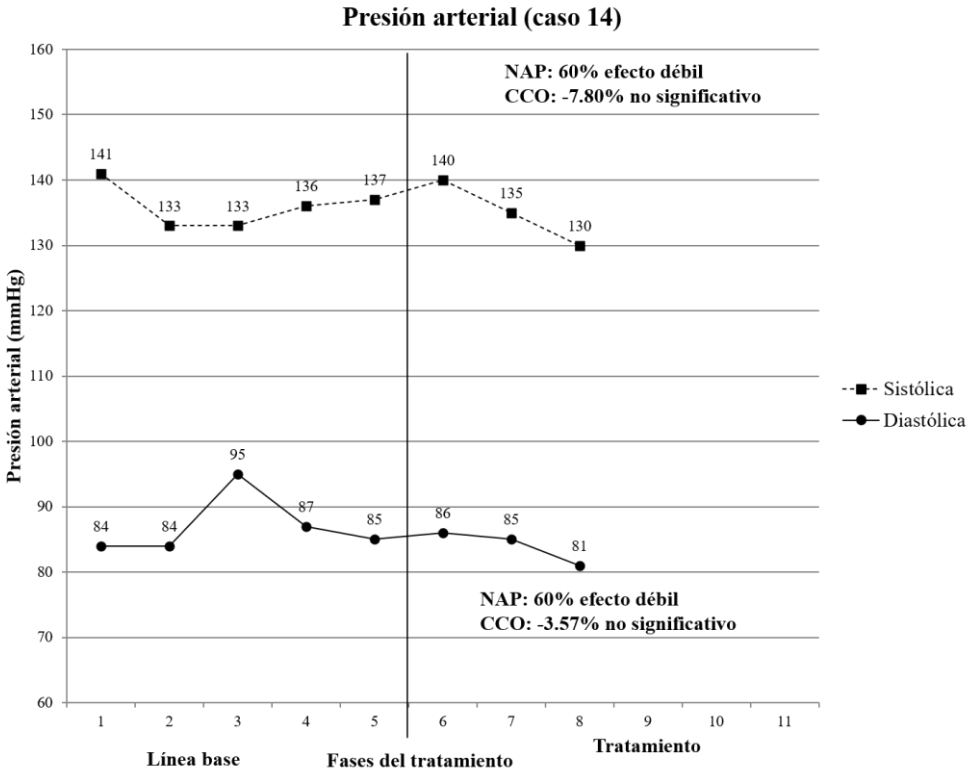
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por encima de los 120 mmHg en la presión sistólica y valores cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar y disminuir estos valores al modificar sus horarios comidas durante el día así como la regulación de sintomatología ansiosa en las áreas vitales y poder trabajar con la higiene de sueño.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 196, el tamaño del efecto fue débil en la presión sistólica y en la diastólica, además se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en la presión sistólica y diastólica, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud.

Figura 196. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 14)

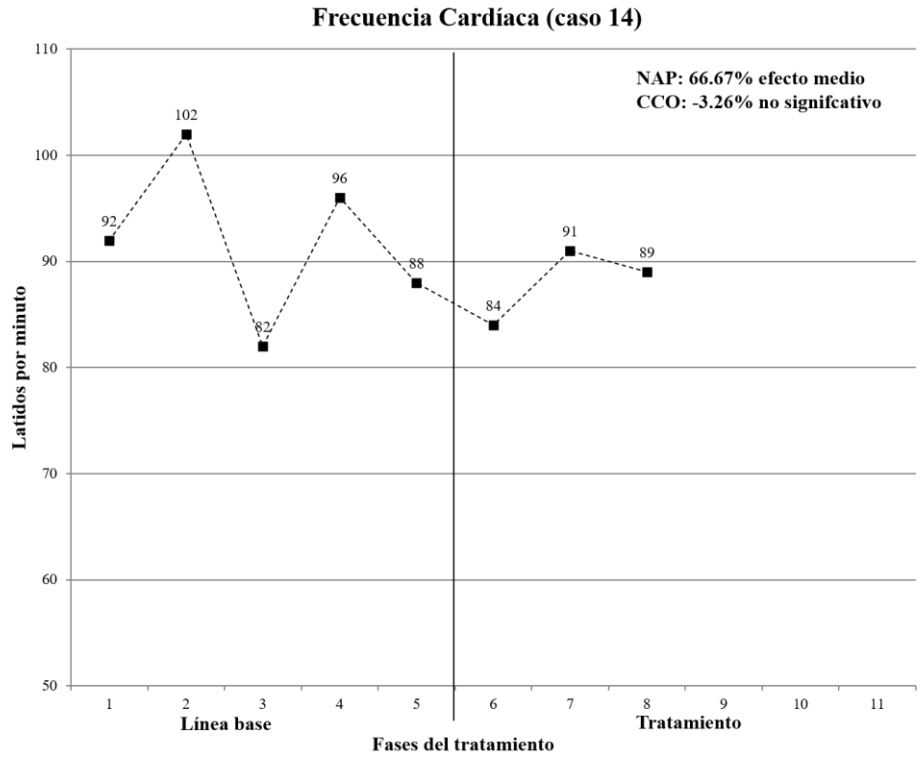


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran una disminución del número de pulsaciones por minuto entre ciento dos, las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de ochenta y nueve pulsaciones por minuto hasta donde fue posible tomarlas dadas las condiciones de la Pandemia.

Se obtuvo un tamaño de efecto medio del 66.67% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del -3.26% dado que se requieren valores límite por equilibro de los procesos orgánicos en el número de latidos para no generar un efecto contrario al buscado, pero en el caso de este paciente sus pulsaciones mostraban oscilaciones y traslapes de los valores de la línea base (figura 197).

Figura 197. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 14)

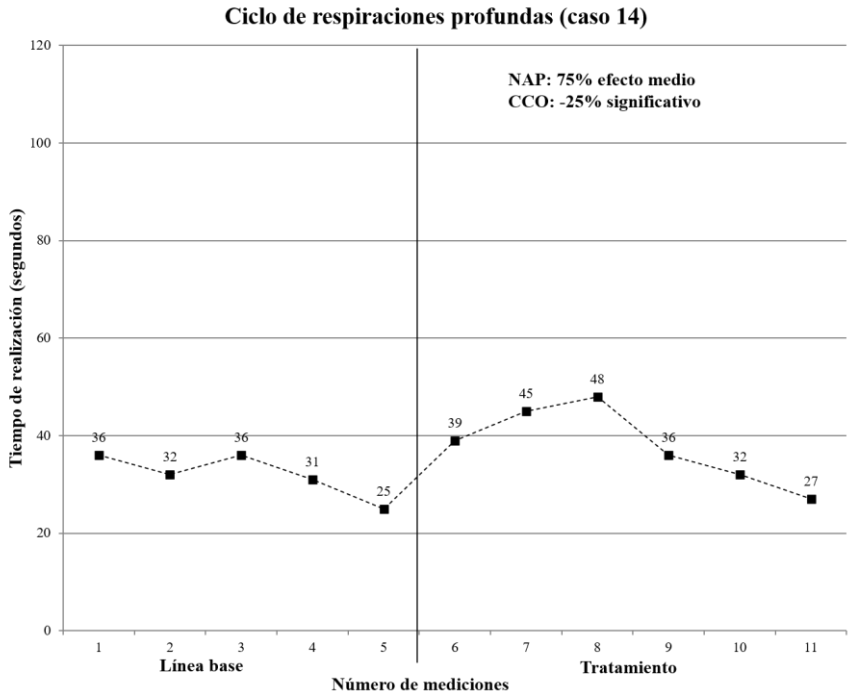


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de treinta y seis segundos, en promedio seis segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica se siguió tomando en el tratamiento, en que obtuvo un tamaño de efecto medio del 75% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo del 25% (figura 198), llegando a ejecuciones de cuarenta y ocho segundos con un tiempo promedio de ocho segundos el cual requiere poder continuar con la práctica de la habilidad.

Figura 198. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 14)

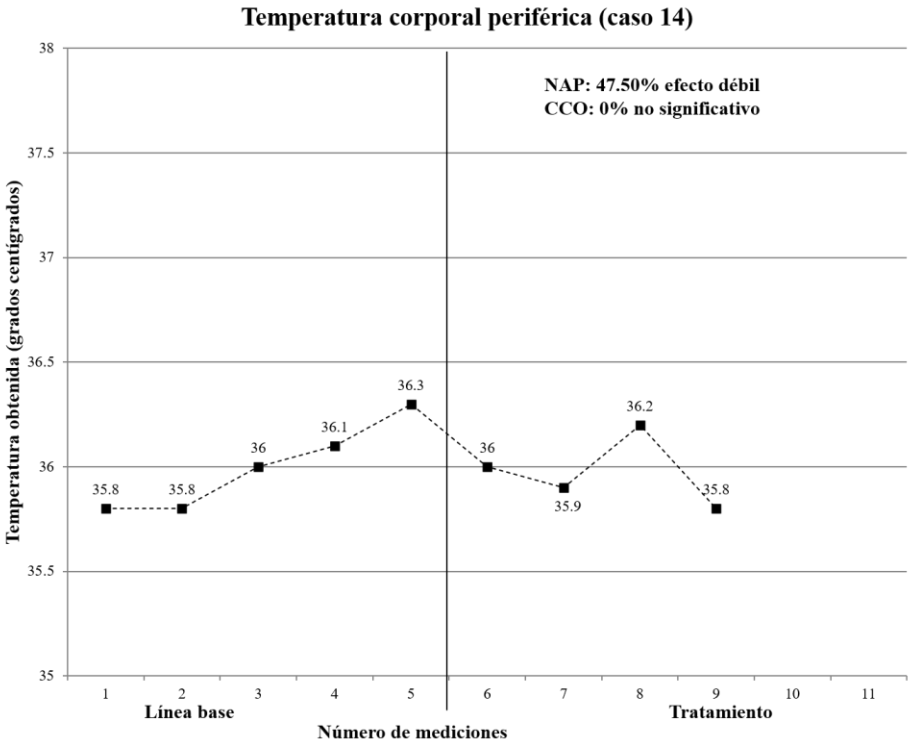


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.8 a 36.3° centígrados y el auto reporte de "mis manos siempre tiemblan y están así todas frías" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura se mantuvo alrededor de los 36°-36.2° centígrados, el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa. Las medidas mostraron un tamaño del efecto débil del 47.50% pero con un índice clínico sin cambios y no significativo del 0% (ver figura 199).

Figura 199. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 14)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 200, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código reportan Estos pacientes se caracterizan por ser inmaduros, narcisistas, indulgentes consigo mismos y pasivo-dependientes. Hacen demandas excesivas hacia otras personas en búsqueda de atención, simpatía y compasión. Las mujeres con este perfil se identifican en extremo con el rol femenino tradicional y dependen en gran medida de los varones. Estos pacientes no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto.

Son desconfiados con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, poseen hostilidad y enojo reprimidos. Con frecuencia son irritables, discutidores, malhumorados, y resentidos con la autoridad.

Probablemente nieguen tener problemas psicológicos graves, en vez de ello racionalizan y proyectan la culpa hacia los otros sin aceptar su propia responsabilidad en conducta. También son poco realistas y grandiosos en sus auto estimaciones. Suelen ser poco receptivos a la psicoterapia y en general se les diagnostica personalidad pasivo-agresiva o esquizofrenia de tipo paranoide.

Pueden adherirse a puntos de vista radicales en religión o política. Son erráticos y difíciles de predecir. Muestran enojo, irritación, resentimiento y presentan acting out de manera indiferente a los demás, como delincuencia o actos criminales. A menudo beben de manera excesiva, usan drogas (en particular alucinógenos) y pueden presentar desviación sexual.

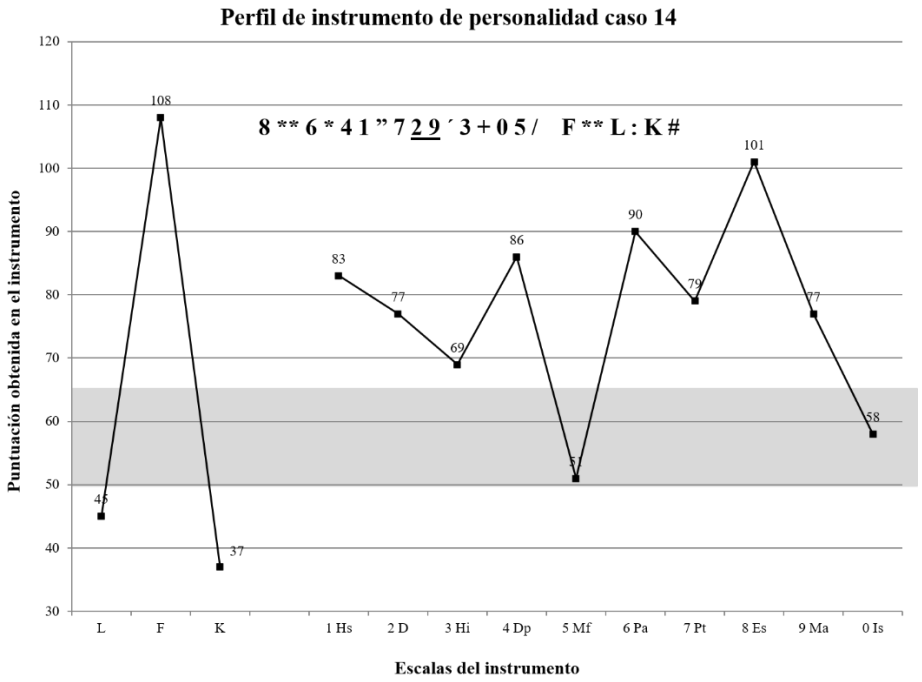
Muestran pocos logros, falta de responsabilidad y adaptación marginal. Poseen profundos sentimientos de inseguridad, demandando exagerada atención y afecto. Tienen un pobre autoconcepto y sus acciones se predestinan al rechazo y al fracaso. Suelen atravesar periodos de obsesiones suicidas, se refugian en la fantasía y son desconfiados, evitando las relaciones profundas. Tienen deficiencias en empatía y falta de habilidades sociales básicas.

Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, obsesionándose con pensamientos de naturaleza sexual. Temen ser incapaces en su desempeño sexual y pueden participar en actos sexuales antisociales en un intento por demostrar que son adecuados. El diagnóstico más común para este tipo de perfil es el de esquizofrenia (tipo paranoide, personalidad egocéntrica, personalidad esquizoide y personalidad paranoide).

Estos individuos pueden tener un discurso rápido e incoherente. Tienden a carecer de mecanismos de defensa eficaces y en ocasiones muestran una ansiedad extrema. Es probable que reaccionen ante el estrés y la presión retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación, con dificultades para diferenciar claramente entre la fantasía y la realidad. Presentan sentimientos de inferioridad, inseguridad, falta de confianza y pobre autoestima.

Con frecuencia las personas con este patrón se sienten culpables por sus fallas. En general, no se relacionan con otras personas y son desconfiados, por lo que evitan los vínculos emocionales profundos. Resienten las demandas interpersonales que se les hacen y se muestran malhumorados, irritables, así como poco amistosos y negativos. Tienden a presentar un patrón a largo plazo de inadaptación y en general tienen un estilo de vida esquizoide.

Figura 200. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 14)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente logró instalarse en un proceso de valoración en salud mental por parte del servicio de seguro social y recibió tratamiento farmacológico con el cual se mantuvo durante dos meses, esto con apoyo de los padres para poder llevar a cabo su tratamiento. Se evaluó a los padres para poder focalizar las necesidades en ambas partes en la implementación de una comunicación asertiva y directiva en las relaciones interpersonales.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Sin embargo, la paciente abandonó el tratamiento psicológico al inicio del entrenamiento en desactivación fisiológica por lo cual no se pudo corroborar la permanencia de estos cambios o incrementos. Por otra parte, no se pudo actualizar el tratamiento farmacológico en salud mental además de implementar la solución de habilidades sociales y estrategias de detención de las preocupaciones y toma de decisiones en las áreas sociales, pareja, académica y de salud.

Caso 15.

Paciente masculino de 47 años, casado, que se define a sí mismo como heterosexual, describe su ocupación como trabajador de la sección de pasaportes en la embajada de Francia. Es el hijo menor de dos. No fue referida ni derivada de ninguna institución y cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable desde 2019 del cual presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento de su plan alimenticio y regulación del enojo y estrés, niega contar con antecedentes de tratamientos psicológicos y uno gastroenterológico.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 201 muestra la formulación del caso trece de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología depresiva definida como tristeza, desesperanza, pérdida de placer, pérdida de motivación, pesadillas constantes como manera de alteración del sueño, alteración del apetito (disminución de este) y mayor irritabilidad.

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez, que la paciente presentaba como eventos antecedentes estrés laboral (perfil profesional con dificultades en buscar un empleo y en períodos de incremento de tareas en el trabajo actual), estrés social con las costumbres culturales de la familia de su pareja (por ejemplo, que lleguen a su casa sin avisar y la impuntualidad); estrés de pareja, quien le demanda que la apoye en cuidar a su papá con un diagnóstico de Cáncer de hígado y estrés contextual en su vivienda con ruidos por parte de su vecino con sus perros.

En cuanto a la alimentación se encontró que la ingesta suele ser concentrados en grasa y condimentos, con ayunos de siete horas, de 8 a.m. a 3 p.m. que es su horario laboral, no hay colación entre desayuno y comida. La comida suele ser en porciones de alimentos con carnes rojas, picantes y pastas en fondas o comidas corridas y la cena suele ser con lácteos o ausente (en promedio cinco de siete días suele no cenar) y su consumo de agua es menor a un litro.

Esto le genera como consecuencia la sintomatología ansiosa con nerviosismo, pensamientos obsesivos, tensión muscular, dificultades para concentrarse, preocupación, la exacerbación de los síntomas gastrointestinales con dolor abdominal, estreñimiento, sensación de vaciado incompleto, distensión y gases. Enojo con reclamos a su pareja, frustración, evitar temas relacionados a la salud que sea propia o de otros y el aislamiento social, cansancio y síntomas físicos como mareo, dolor de cabeza y disminución de peso. Además de búsqueda de especialistas ante los síntomas gastrointestinales agudos, disminución de la red de apoyo, pensamientos de desconfianza hacia su

pareja y compañeros de trabajo, disminuyen sus ahorros económicos y evita pensar en visitar Francia o en el plan de vida a futuro.

Como variables en su historia de vida tenemos que es originario de Francia y su percepción acerca de la crianza es que "lo enseñaban a ser independiente" (sic. pac.). A los 14 años se va de casa a estudiar en un internado y a los 18 años comienza su trabajo en la fábrica de impresión de billetes como supervisor de producción por 24 años, cuyo periodo lo describe como un factor de estrés constante dado que debía rotar por turnos, tenía ayunos prolongados y experimentó tres eventos de muerte en sus compañeros, los cuales define como experiencias traumáticas: un amigo muere en la prensa, otro empleado se corta una mano y otro de sus empleados fallece por infarto en la empresa y el paciente señaló "yo tenía que estar al frente y tener la presión y la responsabilidad de cuidarlos" (sic. pac.) señalando este como el peor período de su vida por el cual no desea volver a Francia.

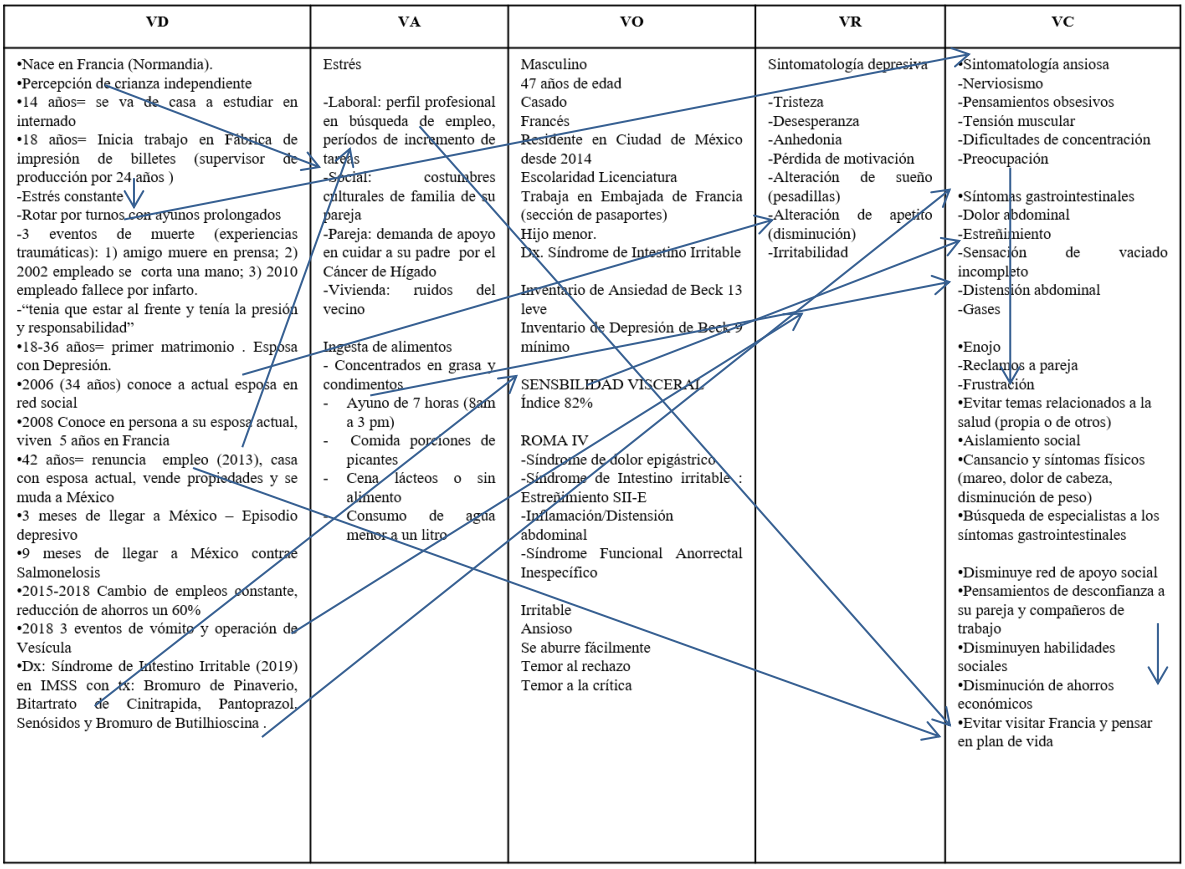
Su primer matrimonio fue de los dieciocho a los treinta y seis años, el cual señaló que lo hacía sentir más desanimado ya que su esposa tenía Depresión. En el 2006 conoce a su actual esposa de origen mexicano en una red social y en el 2008 la conoce de manera física. En el 2013 renuncia a su empleo, se casa con su actual esposa, vende sus propiedades y se muda a México y tras tres meses de su llegada experimenta un episodio depresivo al no encontrar un empleo y las dificultades de acoplarse al clima.

A los nueve meses de llegar a México contrae Salmonelosis y del 2015 al 2018 tuvo cambios de empleos constantes y con pagos bajos que redujeron en un 60% sus ahorros, en el 2018 tuvo tres eventos de vómito y una operación de vesícula y en el 2019 le diagnosticaron síndrome intestino irritable en el Instituto Mexicano del Seguro Social con tratamiento para los síntomas agudos, el cual abandonó por mejoría del malestar físico.

Sensibilidad visceral.

El paciente presentó un porcentaje del 82% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas de pareja, el no querer ir al hospital a acompañar a su suegro y con ello los pensamientos constantes de poder enfermarse o morir o las personas cercanas. Se presentó a cuatro sesiones contemplando la entrevista inicial y la evaluación, abandonó el tratamiento tras cancelar cuatro sesiones continuas, dado que señaló "me mudé y ya mi esposa no me exige porque mi suegro falleció entonces me la estoy llevando leve y ya no quiero seguir el proceso, creo que puedo solo" (sic. pac.).

Figura 201. Mapa de Patogénesis del caso quince, atendido en el protocolo.

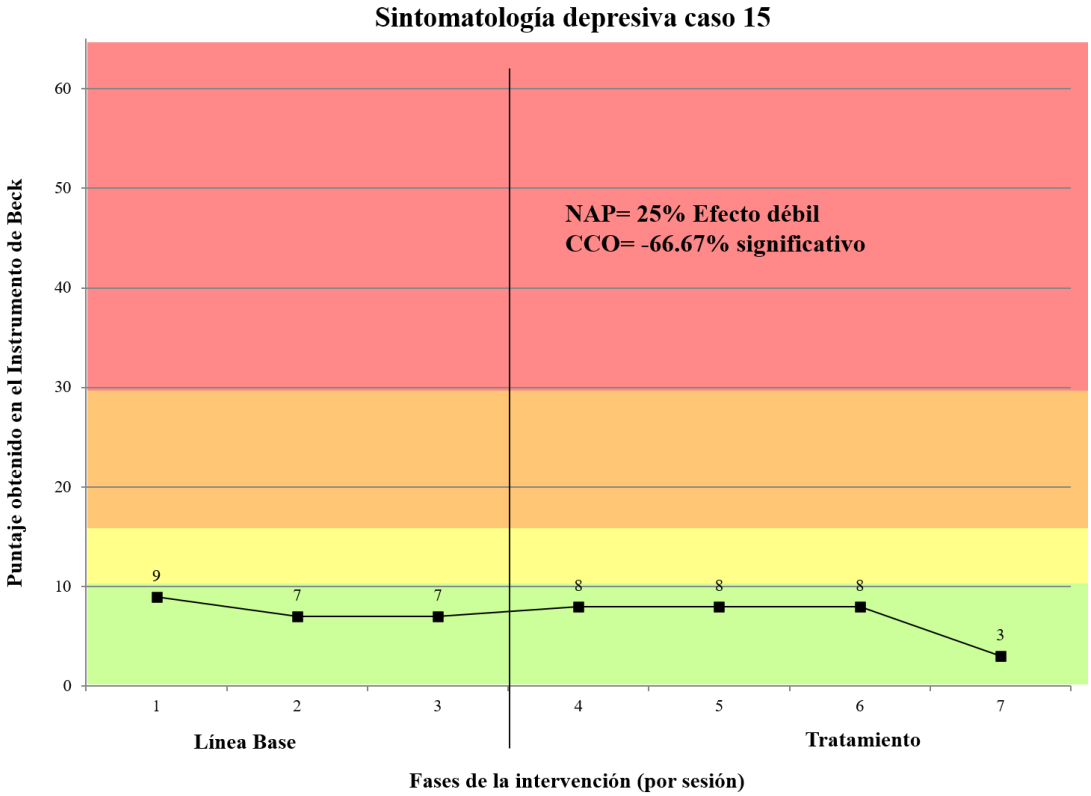


Sintomatología depresiva.

El paciente ingresó con un nivel mínimo de sintomatología depresiva entre siete a nueve puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base, durante las mediciones de tratamiento (cuatro-siete), los puntajes de síntomas depresivos se mantuvieron en mínimo-moderado, finalizando en tres puntos (ver figura 202).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue débil con 25% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -66.67%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

Figura 202. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 15)



Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones leves en los instrumentos de sintomatología ansiosa entre doce y trece de puntos en la línea base y se mantuvo a lo largo del tratamiento dicho nivel de sintomatología se redujo a un nivel leve con once puntos cuando el paciente concluyó el tratamiento de forma voluntaria, por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 203) en que se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 75% y un índice de cambio clínico negativo no significativo del -15.38%.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas el paciente registró la alteración de hábito intestinal el estreñimiento dado sus resultados. El paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en el estreñimiento dado que solo entregó el diario inicial e intermedio por ello, son los que se muestran en las figuras 204 y 205. En los síntomas registrados en los diarios, cuatro tuvieron un efecto grande y en cuanto al estreñimiento un tamaño medio. Para los cinco síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo, es decir que disminuyeron del primero al segundo diario.

Figura 203. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 15)

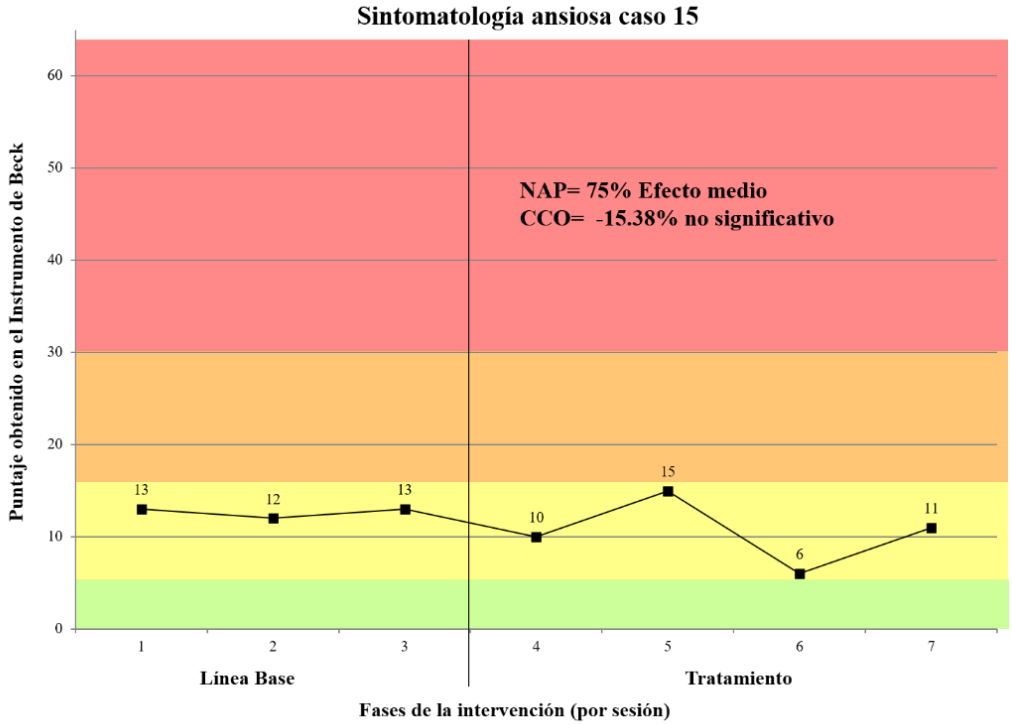


Figura 204. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 15)

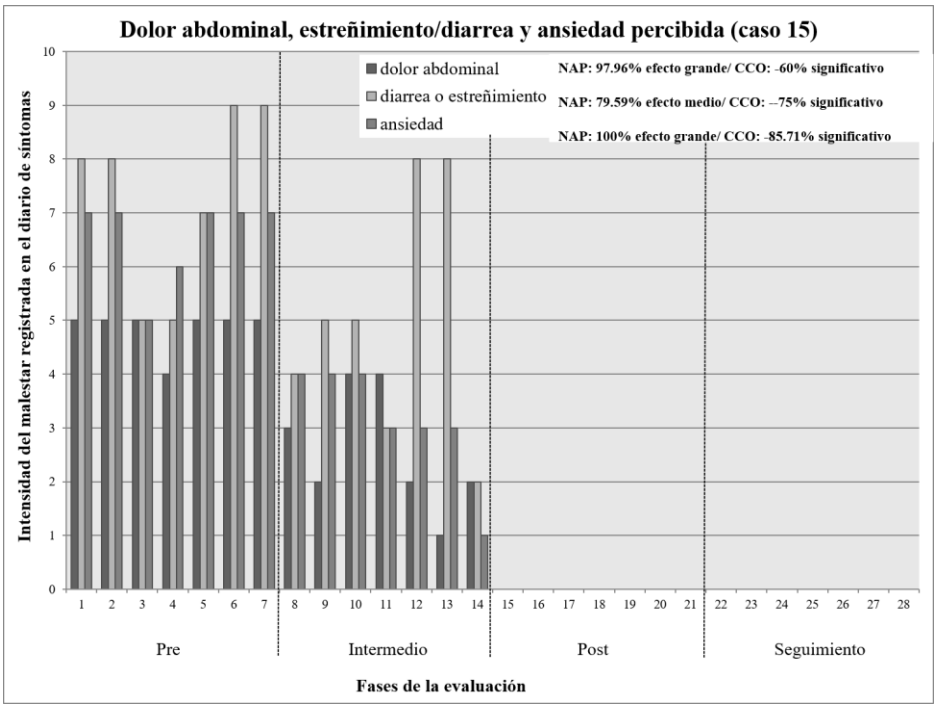
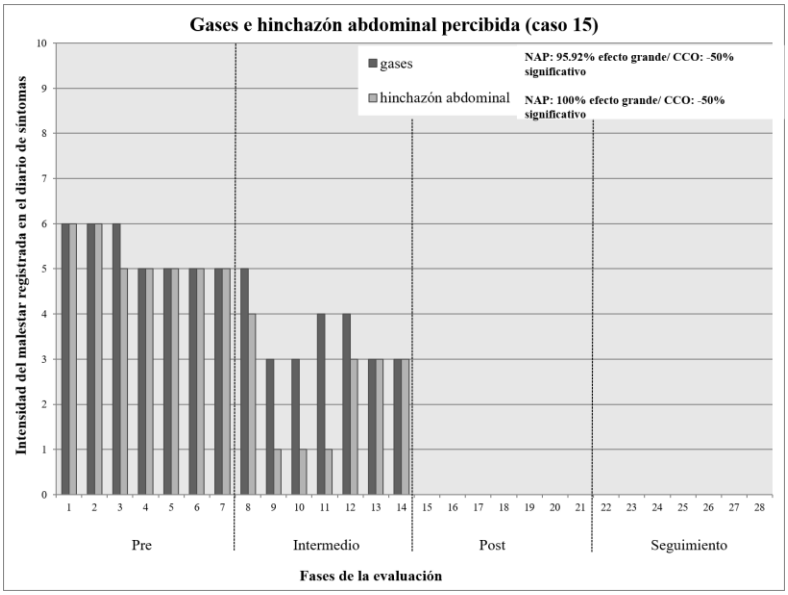


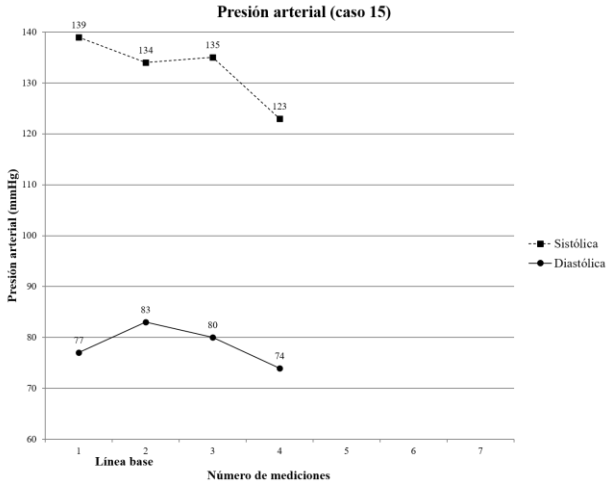
Figura 205. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 15)



Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo o cercanos de los 120 mmHg en la presión sistólica y valores cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus horarios comidas y del consumo de alcohol durante el día, así como la regulación de sintomatología ansiosa. Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar (figura 206).

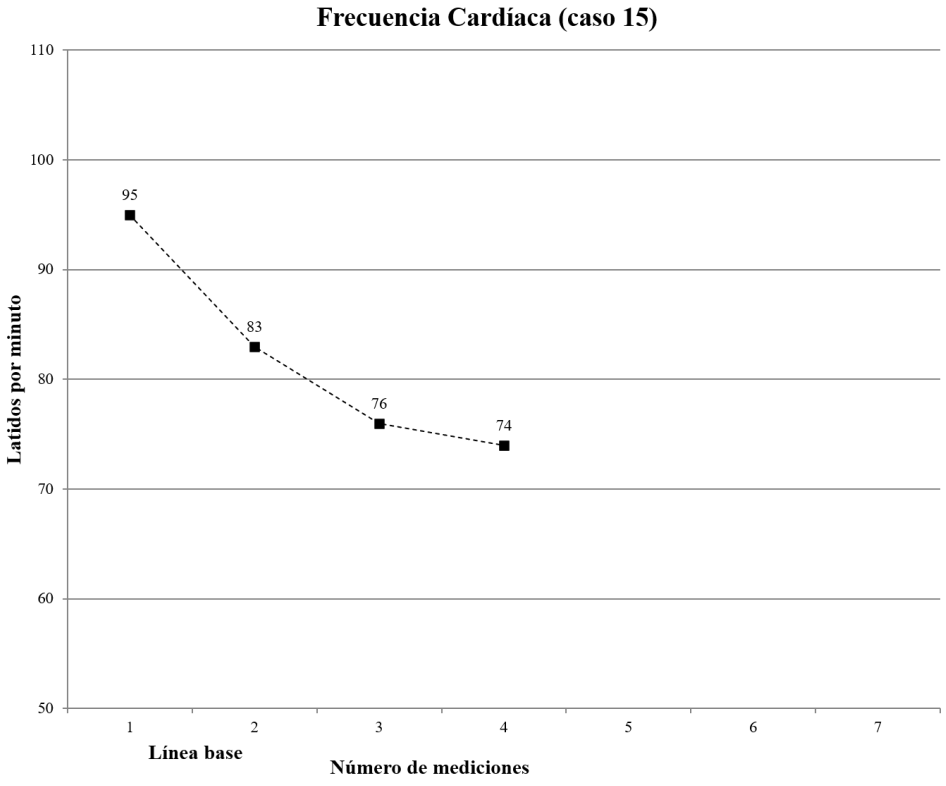
Figura 206. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 15)



Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran un mantenimiento del número de pulsaciones por minuto las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de ochenta y dos pulsaciones hasta donde fue posible tomarlas dadas las condiciones de la Pandemia y la interrupción del proceso terapéutico como decisión de la paciente. Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar (figura 207).

Figura 207. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 15)



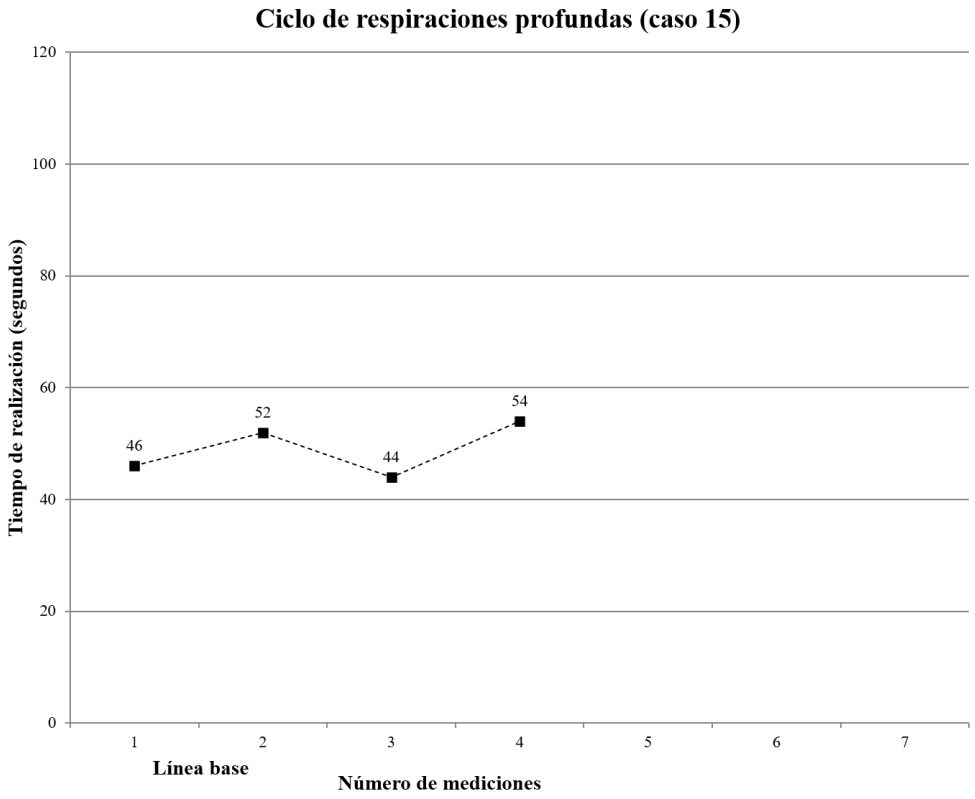
)

Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de cincuenta y cuatro segundos, en promedio 6.75 segundos por cada respiración diafragmática profunda. Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-

19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar

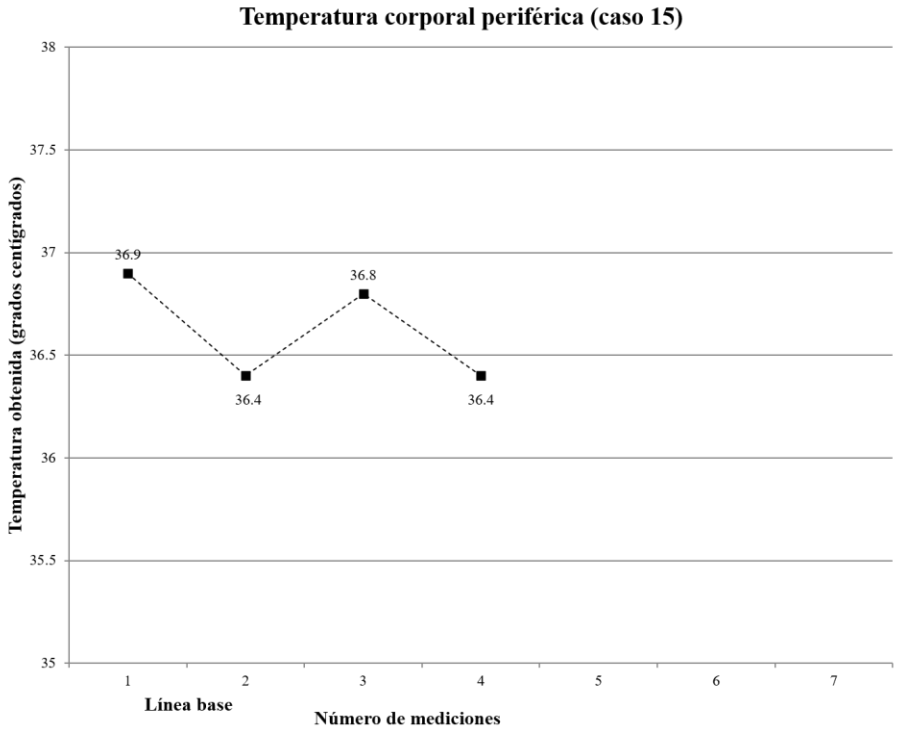
Figura 208. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 15)



Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 36.4 36.9° 36.8° centígrados, sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar (ver figura 209).

Figura 209. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 15)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

El paciente se mantuvo con su tratamiento farmacológico en el primer seguimiento para su egreso voluntario se considera como indicador de cambio el que se haya podido entrevistar y entonare nuestro apellido es actividad

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Mientras que algunas cuestiones laborales de manejo de estrés y de mejora en la comunicación asertiva con las personas del trabajo y su adaptación al proceso de migración no se trabaja

Caso 16.

Paciente femenina de 22 años, soltera, que se define a sí misma como heterosexual, describe su ocupación como estudiante de licenciatura en curso de Medicina Veterinaria y Zootecnia en el campus de Ciudad Universitaria, UNAM. Es hija única. No fue referida ni derivada de ninguna institución y cuenta con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable desde 2019 del cual presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento de su plan alimenticio. Cuenta con antecedentes de más de dos tratamientos psicológicos y uno gastroenterológico.

Mapa Clínico de Patogénesis.

La figura 202 muestra la formulación del caso trece de la paciente cuyo motivo de consulta es la sintomatología ansiosa definida como pensamientos obsesivos acerca de situaciones de riesgo posibles que le podrían suceder, rumiación, bochorno, mareo y problemas de atención y concentración, así como sintomatología depresiva con tristeza, pérdida de motivación, apatía, llanto y "sentirse neutra" (sic. pac.).

Se obtuvo como información adicional durante la entrevista clínica de primera vez, que la paciente presentaba como eventos antecedentes ante su estatus académico irregular (promedio de 7.8) y con adeudo de cinco materias seriadas para poder inscribir en los últimos dos años de la carrera aunado a ver imágenes en redes sociales relacionados a la pedofilia, maltrato a animales y niños e incertidumbre en cuanto su plan profesional y el consumo de alcohol semanal (medio litro) y de marihuana (una vez al mes en pipa).

En cuanto a la alimentación se encontró que la ingesta de alimentos usualmente es concentrada en grasas y condimentos, con ayuno de nueve horas desde 8 am a 5 pm (hora que sale de clases), la comida suelen ser alimentos picantes y porciones de pan y galletas, la cena era ausente o consistía en una fruta y su consumo de agua era menor a un litro.

Esto le genera como consecuencia la exacerbación de síntomas gastrointestinales: dolor abdominal, diarrea, distensión abdominal y gases, así como pensamientos paranoides que describió como "ideas absurdas que me dan miedo, ¿qué pasa si alguien me hace daño? ¿si no distingo que sí y que no está pasando?, no me gusta mi imagen corporal porque se burlan de mí" (sic. pac.), aunado a la alteración del sueño, disminución del apetito, postergación de tareas y clases y con ello el rezago en la acreditación de las asignaturas, aislamiento social, enojo (irritabilidad y frustración), déficit en

habilidades sociales, evitación del uso de redes sociales pérdida de peso, consumo de sustancias (alcohol y marihuana) y los conflictos familiares con su madre y su padrastro.

Como variables en su historia de vida tenemos en sus historias de vida tenemos sus antecedentes heredofamiliares con el tío materno con un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide derivado de consumo de sustancias y actualmente sin tratamiento y en su abuelo materno con un diagnóstico de tumor cerebral, Diabetes, Hipertensión arterial y alcoholismo quien falleció el 2017.

Señala un estilo de crianza sin límites y ambivalente, así como estrés temprano por conflictos constantes entre los padres, a los cuatro años tuvo un golpe en la cabeza por al caerse de una silla y a los ocho años un incidente donde su primo la ató de pies y manos, mencionando que ésta fue una situación de estrés extremo. De los seis a los catorce años, sufrir bullying en la escuela por la apariencia de su nariz y por su color de piel. A los quince años, la paciente vive el divorcio de sus padres, se realiza la rinoplastia y menciona tener un período depresivo durante el período de recomendación.

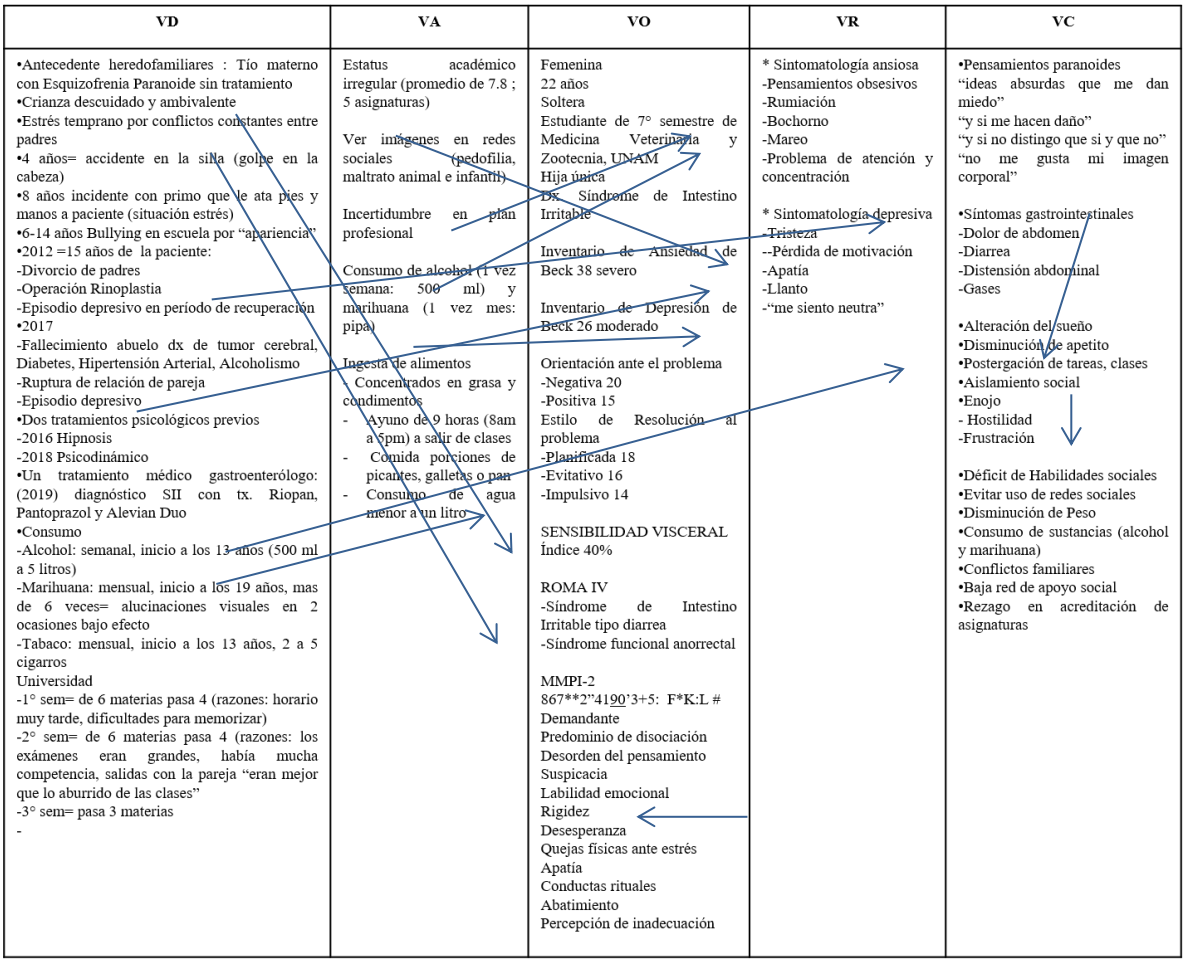
En el 2017 fallece su abuelo por un diagnóstico de tumor cerebral y complicaciones por falta de cuidado a la salud, aunado a ruptura de la relación de pareja y menciona tener un segundo episodio depresivo.

Parte de sus antecedentes en salud, la paciente ha llevado dos tratamientos psicológicos previos en el 2016 mediante hipnosis y en el 2018 psicodinámico en que refiere que no tuvo cambios en cuanto a la salud y llevó un tratamiento médico con el gastroenterólogo quien le dio el diagnóstico de síndrome intestino irritable, sin embargo, abandonó los fármacos tras mejoría. En cuanto al consumo de alcohol menciona que su consumo es semanal con una edad de inicio a los trece años, con un patrón de 500 ml a cinco litros de cerveza; en cuanto a marihuana el consumo es mensual y su edad de inicio fue a los diecinueve años, han ocurrido en más de 6 ocasiones y en dos de estas presentó alucinaciones visuales tras el consumo de sustancias; el consumo de tabaco es mensual y su consumo inició los trece con un promedio de dos a cinco cigarros.

En la universidad menciona que, en cuestiones académicas en su primer semestre, de seis materias pasó cuatro y las razones fueron “que los horarios fueran muy tarde y dificultades para memorizar” (sic. pac.), en segundo semestre de seis materias pasa cuatro dado que “los exámenes eran grandes, había mucha competencia, era mejor salir con mi pareja y era mejor que lo aburrido de estar en clase”

(sic. pac.), en tercer semestre pasó tres materias y a partir de allí comenzó el rezago de materias seriadas y obligatorias para la acreditación de los otros.

Figura 210. Mapa de Patogénesis del caso dieciséis, atendido en el protocolo.



Escoge una carrera de baja demanda para el pase reglamentado y por lo tanto escoge la carrera de Sociología y cursa hasta el sexto semestre y no la concluye ya que "no me gustaba la escuela y no era lo mío" (sic. pac.).

En cuanto al consumo de sustancias señala que respecto al alcohol era de hasta cuatro litros a la semana desde los diecinueve a los veinticinco años y actualmente un litro a la semana; de tabaco en reuniones sociales dos cigarros y actualmente cada semana; la cocaína menciona a los dieciocho años haberla probado alguna ocasión en una fiesta y no ser de su agrado los efectos y, por último, la marihuana cuatro veces de los dieciocho a los veintiún años (tres fumadas o en un brownie).

Sensibilidad visceral.

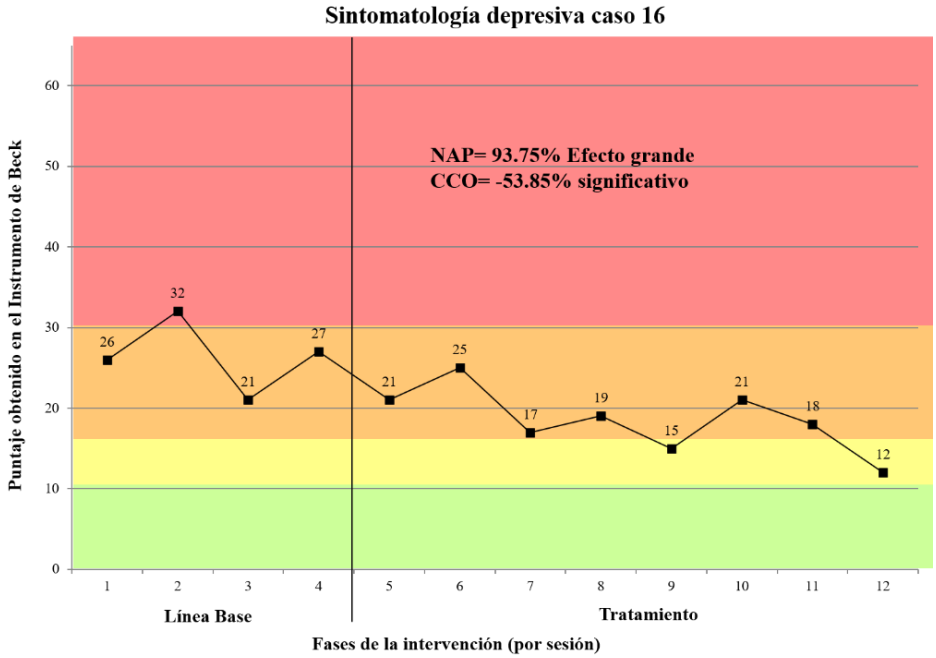
La paciente presentó un porcentaje del 40% de sensibilidad visceral previo al tratamiento, cuyas manifestaciones cognitivas y conductuales de hipervigilancia al malestar gastrointestinal y a las consecuencias vividas con los problemas académicos sobre la acreditación de sus asignaturas y su elección de área profesional, así como los cuidados a su salud. Se presentó a doce sesiones contemplando la entrevista inicial y la evaluación, abandonó el tratamiento tras seguimientos continuos sin respuesta.

Sintomatología depresiva.

La paciente ingresó con un nivel moderado-severo de sintomatología depresiva entre veintiún a treinta y dos puntos como valores de su instrumento durante la fase de línea base, durante las mediciones de tratamiento (cinco-doce), los puntajes de síntomas depresivos disminuyeron a nivel mínimo-moderado, finalizando en doce puntos (ver figura 211).

Por ello el tamaño del efecto que se obtuvo fue grande con 93.75% y un índice de cambio clínico significativo negativo del -53.85%, al comparar al sujeto con sus propias mediciones ejerciendo un papel de comparación contra sus mismos avances.

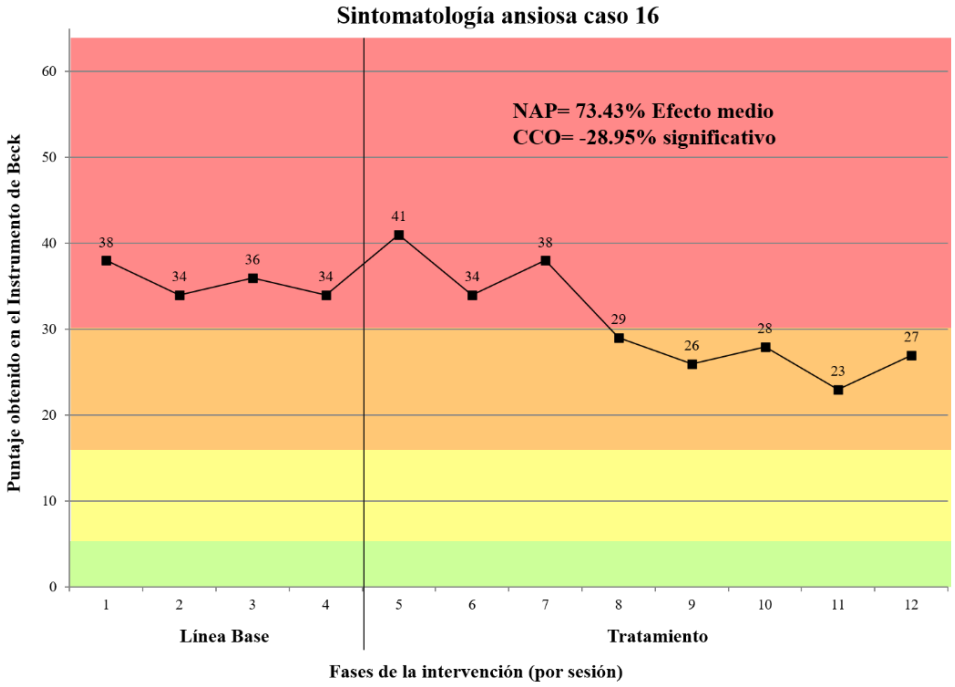
Figura 202. Nivel de sintomatología depresiva a lo largo del tratamiento (caso 16)



Sintomatología ansiosa.

La paciente ingresó con puntuaciones severas en los instrumentos de sintomatología ansiosa entre treinta cuatro a treinta y ocho puntos en la línea base y a lo largo del tratamiento dicho nivel de sintomatología se redujo a un nivel moderado con veintisiete puntos cuando la paciente concluyó el tratamiento de forma voluntaria, por lo cual se presentan las mediciones que se pudieron obtener previo a su baja (figura 212) en que se obtuvo un tamaño de efecto medio con un 79.43% y un índice de cambio clínico negativo significativo del -28.95%.

Figura 203. Nivel de sintomatología ansiosa a lo largo del tratamiento (caso 16)



Solución de problemas.

La paciente respecto a la orientación a los problemas (creencias y pensamientos respecto si los problemas son una barrera o un reto) mostró una orientación negativa o poco funcional con veinte puntos al inicio del tratamiento más alta respecto a una positiva con quince puntos que requiere mayor entrenamiento de la habilidad al respecto.

En cuanto a los estilos de solución de problemas hubo un mantenimiento del estilo no funcional evitativo con dieciséis puntos y un estilo impulsivo de catorce puntos, respecto al estilo planificado

que es el kit entrenado en el módulo de solución de problemas mostró dieciocho puntos que a pesar de mostrar fortalezas se beneficiaría de un entrenamiento.

Síntomas intestinales (diario de síntomas).

Durante los muestreos de diarios de síntomas la paciente registró la alteración de hábito intestinal la diarrea dada sus resultados. La paciente mostró oscilar con la intensidad percibida en síntomas como dolor abdominal, hinchazón abdominal y diarrea, solo entregó el diario inicial e intermedio por ello, son los que se muestran en las figuras 213 y 214.

En los síntomas registrados en los diarios la hinchazón abdominal y la diarrea/estreñimiento tuvieron un efecto medio y en cuanto al dolor abdominal, los gases y ansiedad ante los síntomas tuvieron un efecto débil. Para cuatro síntomas se obtuvieron índices de cambio clínico significativo negativo y sólo fue en el síntoma de ansiedad por el malestar gastrointestinal se obtuvo un efecto significativo pero positivo, es decir que incrementaron del primero al segundo diario.

Figura 213. Intensidad percibida del dolor abdominal, estreñimiento y ansiedad del diario de síntomas (caso 16)

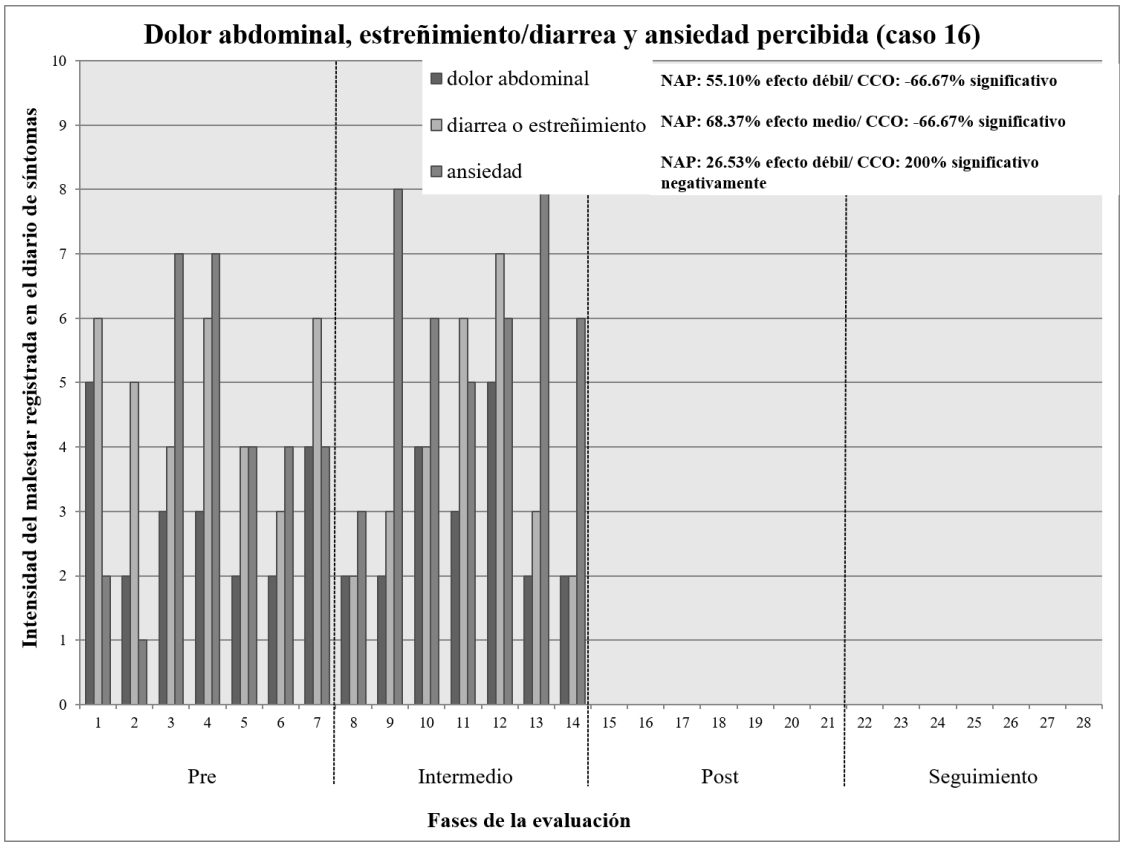
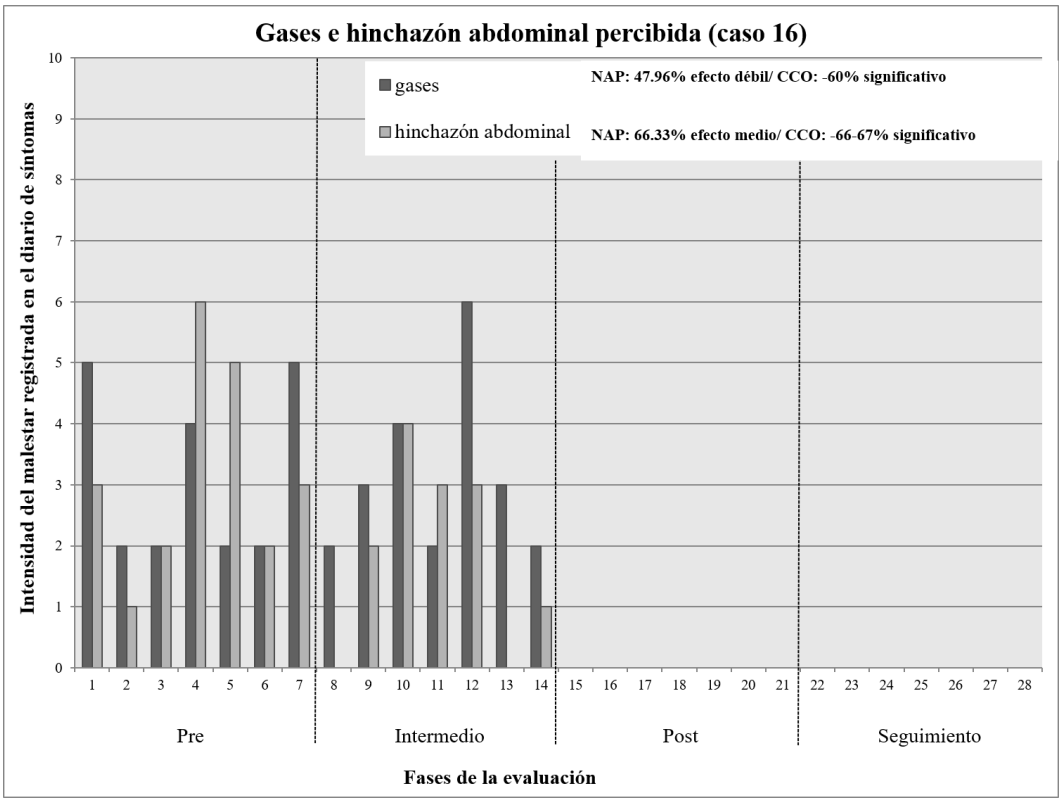


Figura 214. Intensidad percibida de gases e hinchazón abdominal del diario de síntomas (caso 16)



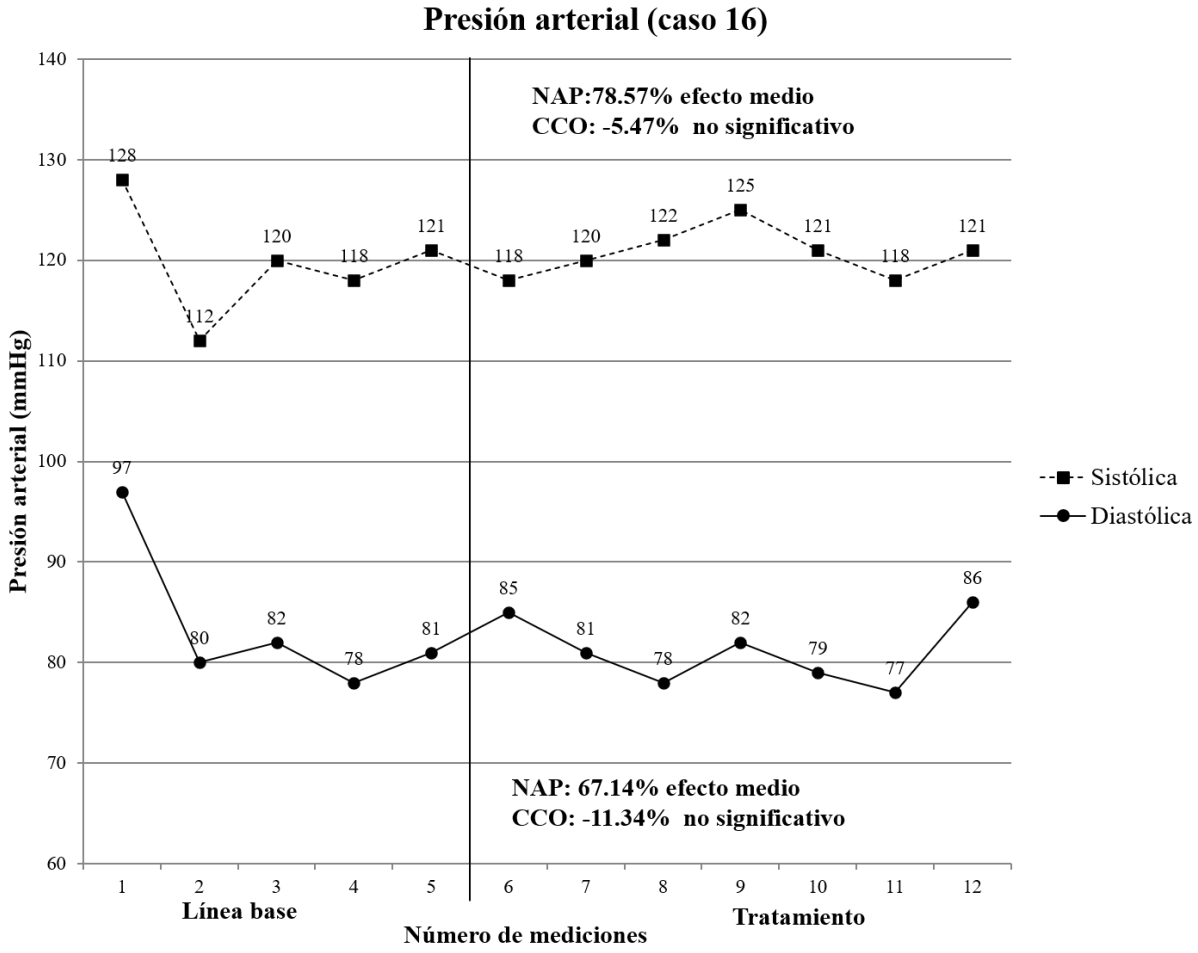
Presión arterial.

En la toma de presión arterial inicial (línea base) aunado a la entrevista clínica en consulta psicológica y las observaciones anotadas por el médico tratante se señalaba valores por debajo o cercanos de los 120 mmHg en la presión sistólica y valores cercanos a los 80 mmHg en la presión diastólica y la meta que planteó su servicio de salud era estabilizar estos valores al modificar sus horarios comidas y del consumo de alcohol durante el día, así como la regulación de sintomatología ansiosa.

Sin embargo, ante las condiciones de la Pandemia por COVID-19 y el abandono de la paciente del tratamiento no se pudieron completar las mediciones fisiológicas por lo cual se presentan las que se pudieron tomar.

Como se puede ver en la figura 215, el tamaño del efecto fue medio en la presión sistólica y en la diastólica, además se obtuvieron índices de cambio clínico positivo no significativo en ambas, dado que los valores de este parámetro fisiológico cumplen con un valor mínimo y máximo alcanzable antes de causar efectos adversos en la salud.

Figura 215. Medidas de presión arterial sistólica/diastólica por sesión (caso 16)

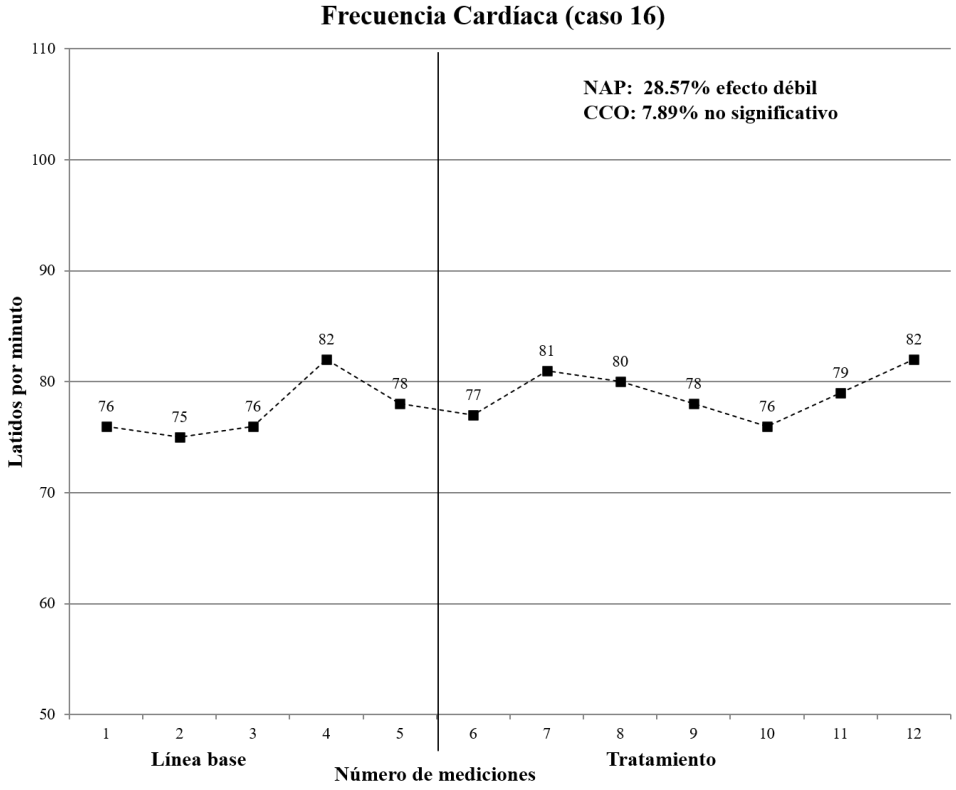


Frecuencia cardíaca.

Los valores que el paciente presentó muestran un mantenimiento del número de pulsaciones por minuto las cuales oscilaron en las sesiones y la última medición resultó de ochenta y dos pulsaciones hasta donde fue posible tomarlas dadas las condiciones de la Pandemia y la interrupción del proceso terapéutico como decisión de la paciente.

Se obtuvo un tamaño de efecto débil del 28.57% y un índice de cambio clínico no significativo negativo del 7.89% en que algunas pulsaciones incrementaron, relacionadas con consumo de alcohol, períodos de exámenes, alteración del sueño y la postergación para acudir a su valoración en salud mental (figura 216).

Figura 216. Medidas de frecuencia cardíaca por sesión (caso 16)

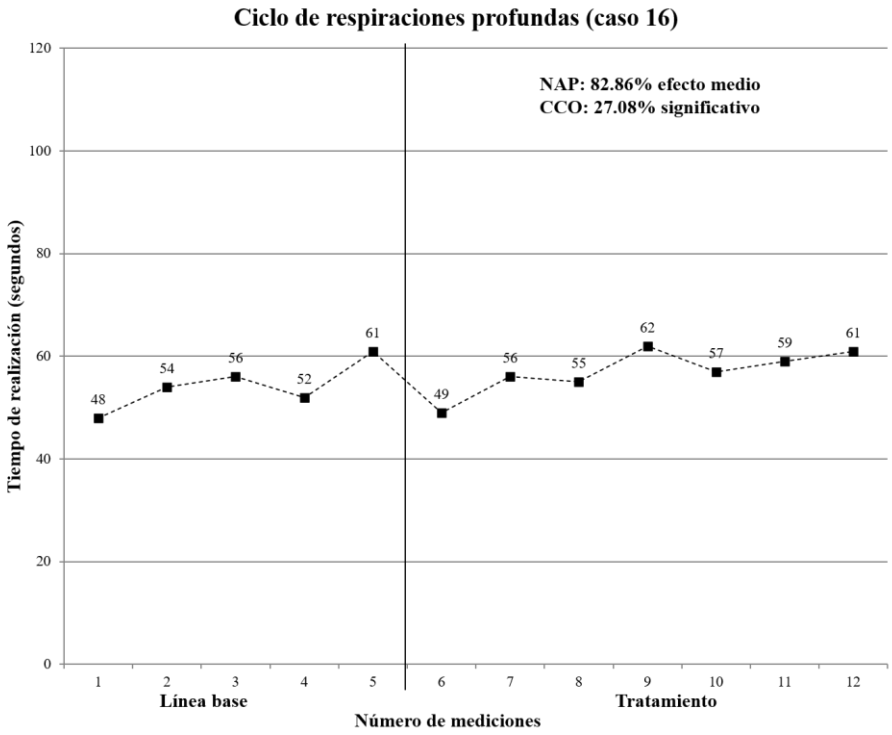


Ciclo de respiraciones profundas

Se comenzaron las tomas de tiempos de ejecución de un ciclo de respiraciones profundas (ocho respiraciones diafragmáticas) contemplando que el paciente señaló tener experiencia previa en el entrenamiento dicha habilidad por lo cual se le pidió realizarlo como supiera o hubiera sido entrenado, se registró un máximo de sesenta y un segundos, en promedio 7.6 segundos por cada respiración diafragmática profunda.

Esta medida fisiológica se siguió tomando en el tratamiento, en que obtuvo un tamaño de efecto medio del 82.86% y un cambio clínico positivo (se busca que incremente respecto a la línea base) significativo del 27.08% (figura 217), manteniendo los mismo tiempos e incluso cercanos a los cincuenta segundos en que al entrevistar sesión a sesión a la paciente refería no practicar la respiración por olvidos o porque “se me olvidan los pasos aunque tengo mi alarma o mi imagen de cómo, la verdad soy floja” (sic. pac.), por lo cual se retomaba sesión a sesión y se requiere poder continuar con la práctica de la habilidad.

Figura 217. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 16)

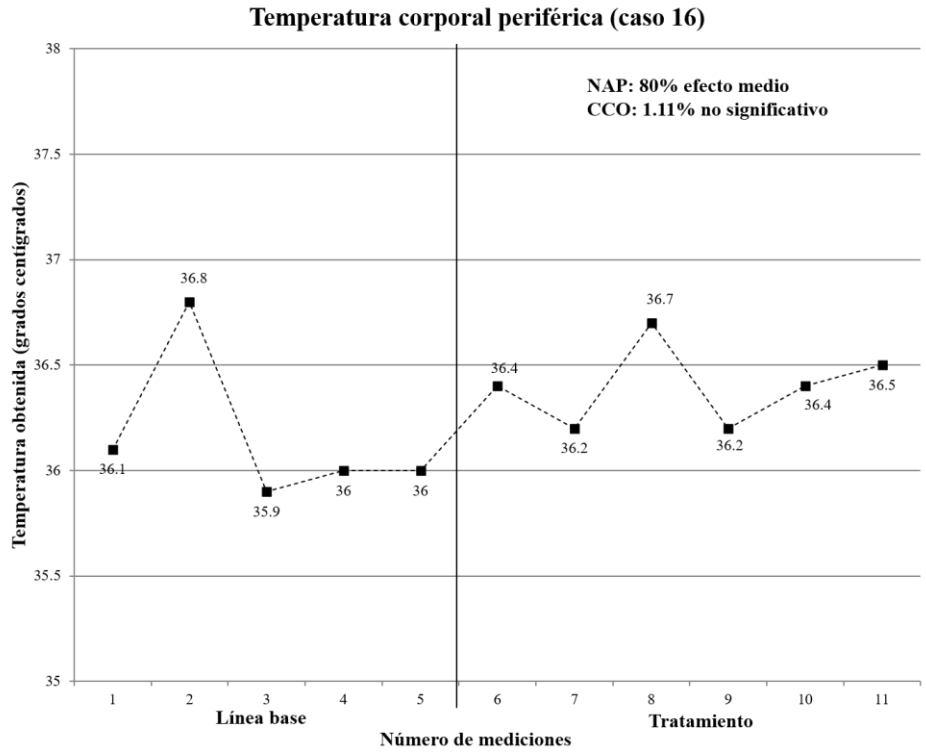


Temperatura distal periférica

Durante la toma de medidas de línea base, el paciente presentaba una temperatura distal periférica de 35.9 a 36.8° centígrados y el auto reporte de "mis manos siempre tiemblan y están así todas frías" (sic. pac.).

Al realizar el entrenamiento de estrategias de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva la temperatura se mantuvo alrededor de los 36.4°-36.7° centígrados, el cual mostraba variaciones en las sesiones por dificultades en la ejecución de la estrategia en casa. Las medidas mostraron un tamaño del efecto medio del 80% pero con un índice clínico positivo y no significativo del 1.11% (ver figura 209).

Figura 218. Segundos de ejecución del ciclo de respiraciones profundas a lo largo del tratamiento (caso 16)



Características de Personalidad.

Acorde a la prueba aplicada se obtuvieron características del perfil que se muestra en la figura 219, en las cuales es importante señalar que se requiere una adecuación a dicha información acorde a quien es el consultante y su contexto antes de emitir un juicio o diagnóstico sin el análisis cuidado de las variables para las cuales se realizó el mapa de patogénesis.

Los pacientes con este tipo de código reportan estos pacientes se caracterizan por ser inmaduros, narcisistas, indulgentes consigo mismos y pasivo-dependientes, hacen demandas excesivas hacia otras personas en búsqueda de atención, simpatía y compasión. Las mujeres con este perfil se identifican en extremo con el rol femenino tradicional y dependen en gran medida de los varones. Estos pacientes no se llevan bien con los demás, en especial con los miembros del sexo opuesto.

Son desconfiados con respecto a las motivaciones de otras personas, evitan involucrarse a un nivel profundo, poseen hostilidad y enojo reprimidos. Con frecuencia son irritables, discutidores, malhumorados, y resentidos con la autoridad.

Probablemente nieguen tener problemas psicológicos graves, en vez de ello racionalizan y proyectan la culpa hacia los otros sin aceptar su propia responsabilidad en conducta. También son poco realistas y grandiosos en sus auto estimaciones. Suelen ser poco receptivos a la psicoterapia y en general se les diagnostica personalidad pasivo-agresiva o esquizofrenia de tipo paranoide.

Pueden adherirse a puntos de vista radicales en religión o política. Son erráticos y difíciles de predecir. Muestran enojo, irritación, resentimiento y presentan acting out de manera indiferente a los demás, como delincuencia o actos criminales. A menudo beben de manera excesiva, usan drogas (en particular alucinógenos) y pueden presentar desviación sexual.

Muestran pocos logros, falta de responsabilidad y adaptación marginal. Poseen profundos sentimientos de inseguridad, demandando exagerada atención y afecto. Tienen un pobre autoconcepto y sus acciones se predestinan al rechazo y al fracaso. Suelen atravesar periodos de obsesiones suicidas, se refugian en la fantasía y son desconfiados, evitando las relaciones profundas. Tienen deficiencias en empatía y falta de habilidades sociales básicas.

Son retraídos, aislados y propensos a considerar al mundo como amenazante y que los rechaza. Culpan a los demás de sus dificultades.

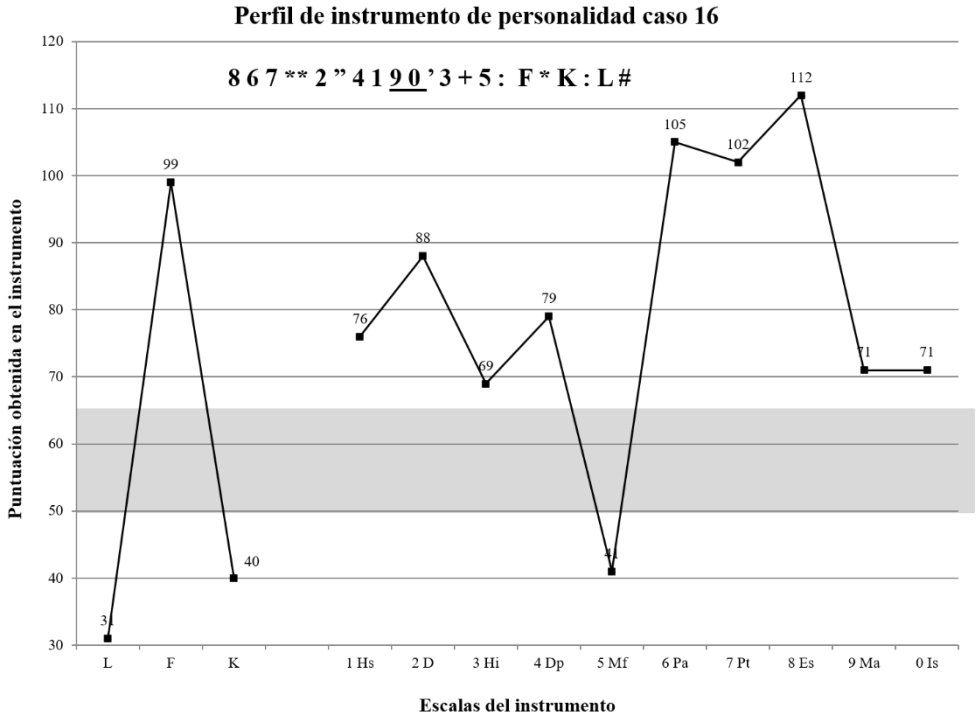
Guardan fuertes preocupaciones acerca de la masculinidad y la feminidad, obsesionándose con pensamientos de naturaleza sexual. Temen ser incapaces en su desempeño sexual y pueden participar en actos sexuales antisociales en un intento por demostrar que son adecuados. El diagnóstico más común para este tipo de perfil es el de esquizofrenia (tipo paranoide, personalidad egocéntrica, personalidad esquizoide y personalidad paranoide).

Estos individuos pueden tener un discurso rápido e incoherente. Tienden a carecer de mecanismos de defensa eficaces y en ocasiones muestran una ansiedad extrema. Es probable que reaccionen ante el estrés y la presión retrayéndose hacia la fantasía y la ensoñación, con dificultades para diferenciar claramente entre la fantasía y la realidad. Presentan sentimientos de inferioridad, inseguridad, falta de confianza y pobre autoestima.

Con frecuencia las personas con este patrón se sienten culpables por sus fallas. En general, no se relacionan con otras personas y son desconfiados, por lo que evitan los vínculos emocionales profundos. Resienten las demandas interpersonales que se les hacen y se muestran malhumorados, irritables, así como poco amistosos y negativos. Tienden a presentar un patrón a largo plazo de inadaptación y en general tienen un estilo de vida esquizoide.

Por lo general experimentan agitación y confusión y no dudan en admitir que tienen problemas psicológicos. Carecen de defensas para sentirse cómodos por lo cual se sienten deprimidos, preocupados, tensos y nerviosos. Pueden estar confundidos y presentar estados de pánico. Tienen capacidad de juicio deficiente y no suelen beneficiarse con la experiencia. Son introspectivos, ensimismados y sobre ideacionales. Es probable que presenten sentimientos crónicos de inseguridad, incapacidad, inferioridad e indecisión. Los pacientes con este perfil pueden recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Sin embargo, a medida que la escala 8 es mayor que la 7 aumenta la probabilidad de psicosis.

Figura 209. Perfil de personalidad acorde al instrumento de MMPI-2 (caso 16)



Otros factores que mejoraron a lo largo del estudio.

La paciente acudió a la cita de valoración en salud mental en una instancia privada cercana a su domicilio, la paciente mostró su receta sin embargo para la compra del medicamento argumentó haberlo comprado y posteriormente confesar que no era así, acudió tres sesiones más y después no acudió y no se recibió respuesta a los mensajes de contacto.

Otro de los avances referidos por la paciente fue la elaboración de la revisión de sus materias acreditadas y pendientes ante la incertidumbre de cuantas eran las que faltaban que podrían demorarla, además de la programación del número de materias a inscribir o acreditar antes de entrar en artículo 22.

La paciente comenzó a establecer horarios de sueño para crear un hábito higiénico del sueño, sin embargo, el descanso reportaba que no era reparador por su constante estado de alerta por lo cual se enfatizaba en la importancia del fármaco.

Factores que no cambiaron a lo largo del estudio.

Sin embargo, la paciente abandonó el tratamiento psicológico sin autorizar la participación de un cuidador o familiar para poder validar los cambios reportados por ella en sesión, la paciente presentaba poca tolerancia a las situaciones escolares e interpersonales que no salían acorde al plan y consultaba con sus amigos llevándole a tomar decisiones impulsivas que faltó terminar de abordarse, así como el plan de cuidado a la salud.