



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual

**Atención psicológica a mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en Urgencias
Médicas**

T E S I S

Que para obtener el grado de

Maestra en Psicología

presenta:

Myriam Eunice Hernández Núñez

Tutor Principal:

Dr. Edgar Landa Ramírez
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Comité académico:

Dra. Angélica Riveros Rosas
Facultad de Contaduría y Administración
Dra. Rebeca Robles García
Instituto Nacional de Psiquiatría
Dra. Nancy Patricia Caballero Suárez
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Asesora externa:

Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez
Facultad de Psicología, UNAM

Ciudad Universitaria, CDMX, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

	<i>Páginas</i>
Resumen	3
Violencia contra la mujer en el contexto de la pandemia por COVID-19.....	4
Atención psicológica a mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en Urgencias Médicas....	12
Reporte de caso clínico de las consultantes atendidas.....	21
Discusión.....	82
Referencias.....	96
Apéndices.....	117

Resumen

La violencia contra las mujeres se define como todo acto de agresión basado en el género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico o la muerte para la mujer. Ante el aumento de casos de violencia contra las mujeres durante la pandemia por COVID-19, el objetivo de este trabajo fue describir la experiencia de la adaptación de las recomendaciones actuales de atención a la violencia contra las mujeres y su aplicación en cinco casos clínicos de mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el contexto de la contingencia sanitaria en México. Se realizó una evaluación basada en el análisis funcional y se aplicaron instrumentos como el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), Trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7), la prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional, la evaluación breve de riesgo para el personal clínico (DA-5), la entrevista clínica semiestructurada para el DSM (SCID) y Herramienta de Tamizaje de lesiones cerebrales (HELPS); así como la elaboración de un tratamiento cognitivo conductual con perspectiva de género. Como resultados, sólo una de las consultantes concluyó con el tratamiento establecido, reportando la disminución en los síntomas depresivos y mayor involucramiento en actividades reforzantes y de autocuidado mediante entrevista. Se identifican obstáculos de seguridad, problemas de salud física y psicológica, familiares, jurídicos, económicos, asistenciales y tecnológicos que pudieron influir en la adhesión al tratamiento.

Palabras clave: *Violencia contra las mujeres, atención a víctimas, Urgencias Médicas, COVID-19, Terapia cognitivo conductual.*

Violencia contra la mujer en el contexto de la pandemia por COVID-19

Los patrones de salud y enfermedad que la humanidad ha experimentado se han explicado a través de postulados como la teoría de la transición epidemiológica, la cual propone que estos cambios se han dado a través de interacciones dinámicas entre los individuos y el ambiente, las cuales han originado alteraciones a nivel biológico, demográfico, tecnológico y social que pueden tener implicaciones en el estado de salud de las personas y las posibles enfermedades que puedan presentar. Esta teoría puede observarse en los problemas de salud experimentados en la época paleolítica (hace aproximadamente 10 a 15 mil años), debido a que existían altos índices de natalidad y mortalidad, las cuales se encontraban asociadas con enfermedades infecciosas y accidentes relacionados a las actividades agrícolas, caza, luchas entre tribus y ataques de animales salvajes que afectaron de forma importante a la población (Armelagos et al., 2005).

Posteriormente, con el desarrollo industrial y los avances en las ciencias de salud, la esperanza de vida fue en aumento, pasando de 20 a más 50 años de sobrevivencia, pero las afectaciones propias al envejecimiento y los hábitos poco saludables favorecieron el incremento de enfermedades crónico-degenerativas con un dominio de enfermedades como la diabetes, problemas oncológicos o cardiovasculares (Omran, 1971). A pesar de dicho dominio, desde finales de la década de 1970, se comenzó a alertar de un incremento de enfermedades infecciosas y con resistencia a los antibióticos (Organización Mundial de la Salud [en lo subsecuente OMS, por sus siglas], 2000) dicha situación, aunada a los riesgos de la globalización actual y los cambios macrosociales, han tenido un impacto importante en el desarrollo de problemas a la salud pública, tales como las

epidemias o pandemias (Armelagos et al., 2005; Organización Mundial de la Salud, 2018; Zuckerman et al., 2014).

Algunos ejemplos de estos problemas epidemiológicos podrían ser el aumento de casos de sarampión, cólera, fiebre amarilla, meningitis, dengue, infección por virus de inmunodeficiencia humana y los brotes epidémicos más recientes (Contini et al., 2020) por síndrome respiratorio agudo grave (por sus siglas en inglés, SARS), síndrome respiratorio de medio oriente (por sus siglas en inglés, MERS), Influenza H1N1 y Ébola, los cuales se caracterizaron por su altos índices de casos y de muertes, así como las repercusiones que se presentaron a nivel físico, psicológico y social para los pacientes, el personal sanitario y la población general (Huremović, 2019; Kisely et al., 2020; OMS, 2000).

En este contexto, a finales del año 2019 se identificó la enfermedad por Coronavirus (COVID-19) causada por un patógeno de origen zoonótico denominado SARS-CoV-2 (Andersen et al., 2020; Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020), cuya vía de transmisión es mediante el contacto entre personas a través de las vías aérea o por gotículas y, si bien, inicialmente se asociaba a síntomas respiratorios, neumonía y, en algunos casos, con síndrome de insuficiencia respiratoria agudo; actualmente se le reconoce además algunas afectaciones asociadas a cuadros inflamatorios sistémicos con afectaciones vasculares, pulmonares, cardíacas, neurológicas, renales y dermatológicas (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2021; Chams et al., 2021; Hatmi, 2021; OMS, 2021).

Este padecimiento fue identificado por primera vez en la localidad de Wuhan, China a finales de diciembre de 2019 y para marzo de 2020, la OMS declaró este padecimiento como una emergencia sanitaria mundial ante el desarrollo de una pandemia de alcance global.

A finales de 2021 y durante el periodo de confinamiento, se ha conceptualizado el desarrollo de tres olas de contagios a nivel global así como la amenaza del desarrollo de la cuarta ola en los meses venideros. Fisayo y Tsukagoshi (2021) describen basados en la investigación mayormente de origen asiática, con el propósito de extrapolar estos hallazgos a tendencias mundiales, que la primera ola se caracterizó por los altos índices de casos, hospitalizaciones y decesos asociados a la COVID-19 en sus etapas iniciales de investigación y desarrollo de intervenciones clínicas; la segunda ola estuvo caracterizada por las consecuencias de salud a mediano plazo por las medidas tomadas para mitigar la transmisión de la enfermedad como la postergación de atención médica por miedo a la infección o la alta demanda de atención a pacientes con COVID-19 y otras enfermedades; y la tercera ola que resaltó por el impacto de los determinantes sociales de la salud que impactaron de forma diferenciada a grupos vulnerables y expuso a riesgos asociados a la búsqueda de servicios de asistencia social y la exposición a acontecimientos vitales estresantes.

Para atender la carga de la enfermedad, los gobiernos de cada país emitieron medidas de contención de la enfermedad a nivel poblacional para reducir la exposición a la enfermedad, tales como el distanciamiento social, aislamiento social, restricciones en el uso de espacios comunitarios como parques, centros comerciales o escuelas, uso correcto de equipo de protección personal como mascarillas, práctica de higiene de manos y desinfección de superficies con alto riesgo de contacto con el virus.

Aun con estos esfuerzos globales de control epidemiológico, al momento del escrito (12 de enero de 2023) se tienen registros de al menos 660,746,894 casos positivos, 6,692,538 muertes y 13,107,022,929 dosis de vacunación aplicadas, esta última cifra es alentadora en cuanto a los avances en la prevención de cuadros graves y muerte por esta enfermedad, no obstante, también reflejó que la vacunación se ha distribuido de

manera desigual entre países, en detrimento de países con ingresos bajos (OMS, 2023). Para el caso de México, hasta este momento se tienen registros de al menos 7,623,339 casos acumulados, 345,442 fallecimientos y 225.06 millones de dosis de vacunación aplicadas (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT, por sus siglas], 2022; Mathieu et al., 2021).

Esta pandemia además del problema de salud ha generado consecuencias a nivel físico, pues en los pacientes recuperados de COVID-19 se han identificado secuelas a largo plazo a nivel pulmonar, cardiovascular, vascular, neurológico, gastrointestinal y renal (Higgins et al, 2021). Además, en población general ha favorecido la exacerbación de enfermedades cardiovasculares y metabólicas por déficit de conductas de autocuidado durante el confinamiento y la discontinuación de consultas médicas de seguimiento por la reconfiguración de los servicios sanitarios ante la necesidad prioritaria de recibir a pacientes con infección asociada a la enfermedad pandémica (Hatmi, 2021).

De forma paralela, se han descrito consecuencias psicológicas asociadas al aislamiento social y pérdida de contacto con redes de apoyo, miedo al contagio personal y de sus seres queridos, sentimientos de desesperanza y aburrimiento, inseguridad laboral y económica, tal como muestran una revisión sistemática con metaanálisis (n=221,970 participantes) que indica prevalencias significativas de depresión, ansiedad, estrés emocional e insomnio. Los grupos de mayor riesgo para presentar problemas de salud mental son las personas con antecedentes de enfermedades crónico degenerativas que no se han infectado de COVID-19 y temen al contagio por considerarse grupos de alto riesgo de complicaciones, personas en cuarentena, personas con sospecha de infección por COVID-19 y personal de salud (OMS, 2021; Wu et al., 2021).

Por último, también se han identificado consecuencias sociales, pues ha recalcado que el impacto de la enfermedad y las medidas de salud pública generadas impactan de

forma diferenciada a países de ingresos bajos, especialmente a grupos vulnerables por cuestiones de edad, etnia, sexo, apariencia física y condición socioeconómica, los cuales ya enfrentaban barreras para acceder a servicios de salud y de asistencia social, esta situación se ha traducido en indicadores diferenciados de infección y mortalidad, atención a la salud y acceso a servicios hospitalarios, conductas de autocuidado físico y mental, acceso a información de salud, seguimiento de medidas de prevención y protección personal ante la COVID-19, cobertura de vacunación, consecuencias adversas en bienestar mental, económico, interpersonal, educativo y estigmatización (Benach, 2021; Stok et al., 2021).

Uno de los problemas que ha tomado particular relevancia en este periodo de pandemia ha sido el aumento en los índices de violencia contra las mujeres. En emergencias sanitarias previas y el contexto de la pandemia por COVID-19, se notaron aumentos en los índices de violencia intrafamiliar, pues el confinamiento favoreció condiciones que incrementaron la tensión dentro de los hogares, tales como el estrés, déficit de estrategias de afrontamiento, aislamiento social, inseguridad económica, pérdidas laborales, deserción escolar, limitaciones en el abastecimiento de insumos de protección personal, distribución injusta del trabajo no remunerado, distanciamiento con redes sociales y protectoras, así como el acceso disminuido a servicios de salud y jurídicos. Tales condiciones aumentaron el riesgo de exposición a la violencia, en especial para las niñas y las mujeres (OMS, 2020; United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner [OHCHR], 2020; Sediri et al., 2020; Sri et al., 2021; Wood et al., 2021).

Esta situación se ha observado en las cifras internacionales desde la activación de la contingencia sanitaria, pues diversos países alertaron sobre el incremento de 10 a 30% de casos de denuncias y el uso de sus líneas nacionales de emergencias ante episodios de violencia familiar y de pareja (Boserup et al., 2020; Kaukinen, 2020; Sediri et al., 2020).

En el caso de nuestro país, se reporta que ya era un problema social el incremento de los niveles de violencia contra las mujeres y que tras el avance de la pandemia y las medidas sanitarias se han propiciado un escenario complejo para la salud y la seguridad de las mujeres (Manrique-de Lara & Medina-Arellano, 2020).

Las cifras estadísticas nacionales señalan que a finales del año 2021 hay registros de al menos 2,746 casos de homicidio doloso y 966 casos de feminicidio, 21,189 por delito de violación, 62,362 casos de lesiones dolosas y, 503 casos de trata de personas, 253,739 casos de violencia familiar y 4,186 casos de violencia de género en este último año. En el caso de las llamadas a la línea de emergencias, se tienen registros de 291,331 por incidentes relacionados a la violencia contra la mujer, 6,169 por abuso sexual, 9,505 por acoso sexual, 259,452 por violencia de pareja, 690,295 por violencia familiar y 3,585 por violación (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública, 2022).

La tendencia en los delitos contra las mujeres indica que durante los primeros meses de la pandemia las cifras de reportes policíacos gubernamentales disminuyeron, pero en el transcurso del periodo de confinamiento aumentaron hasta alcanzar y superar niveles pre-pandémicos, en especial para la violencia doméstica y delitos sexuales. Se identifica que algunos factores que predicen la dinámica de la violencia reportada son la propagación de la enfermedad, las características demográficas y económicas de la población y las restricciones en el consumo de bebidas alcohólicas (Hoehn-Velasco et al., 2021).

Los departamentos de Urgencias Médicas son uno de los primeros lugares donde podría detectarse y darse atención a las mujeres sobrevivientes de violencia, ya que al estar expuestas a dicha condición se incrementa la posibilidad de que utilicen estos servicios para atender las lesiones que sufrieron derivadas de los actos violentos. De igual

manera, lo anterior brinda la posibilidad de que reciban apoyo práctico que garantice su seguridad física y emocional (Sprague et al., 2014).

Con base en los indicadores hospitalarios de la primera ola de contagios por COVID-19, las investigaciones señalan que los índices de violencia han tenido cambios heterogéneos que podrían deberse a factores como el miedo al contagio personal y de sus seres queridos, a ser descubiertas por los perpetradores o cohabitar con ellos y no encontrar momentos para pedir ayuda, percibir que son situaciones privadas que no merecen atención médica así como barreras en los profesionales de la salud para detectar y atender estos casos. Por lo que contar con procedimientos apropiados de abordaje de estas pacientes podría aumentar la correcta identificación y canalización de estos casos (Bhattaram et al., 2022; Di Franco et al., 2020; Muldoon et al., 2021; Nittari et al., 2021).

Es así como los servicios de Urgencias Médicas pueden constituir la primera y única fuente de apoyo profesional para recibir y detectar los casos de violencia, atender las alteraciones físicas, psicológicas y sexuales/reproductivas que presentan como consecuencia, así como ser un medio para promover la salida de esta situación adversa.

En este sentido, diversas instituciones especializadas en la atención a la violencia basada en el género señalan que es de vital importancia contar con equipos multidisciplinarios, capacitados y sensibilizados con una perspectiva de género y con enfoque de trauma que estas formas de maltrato pueden generar, además de considerar los retos a la salud física y mental que agregó el escenario epidemiológico para las pacientes, sus familiares y el personal de salud (Koenig et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud [en lo subsecuente OPS, por sus siglas], 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014).

Con base en estas recomendaciones, los servicios de Urgencias Médicas pueden capacitar y sensibilizar a su personal sanitario para implementar las herramientas desarrolladas facilitando las condiciones para ser una opción óptima de evaluación y atención de estos casos contemplando la naturaleza multifactorial que requieren.

Dado este contexto, se les invita a las y los lectores a consultar el siguiente capítulo para revisar la base teórica de este fenómeno y algunas experiencias clínicas que ilustran estos principios.

Segundo capítulo

Atención psicológica a mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en Urgencias Médicas

La violencia contra la mujer se define como todo acto de agresión basado en el género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual, psicológico o la muerte para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Este problema se considera como problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (Secretaría de Salud, 2009; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1993; OMS, 2017).

El término se utiliza para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan especialmente a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia, así como limita la protección de sus derechos. Además, que socialmente pueden ser estigmatizadas y culpadas por la violencia que sufren, lo cual promueve sentimientos de culpa, impotencia, desconfianza y baja autoestima. Por lo que, como profesionales de la salud es prioridad la promoción de prácticas que sean sensibles a la equidad de género y a los derechos humanos de todas las personas (OPS, 2016; ONU Mujeres, 2020).

Estas agresiones tienen su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas que se han perpetuado históricamente en la sociedad. Al respecto Heise (1998; OMS, 2011) teorizó un modelo ecológico que busca conceptualizar la etiología de estas formas de violencia sintetizando la investigación de diferentes países sobre la violencia contra la mujer. En su análisis, identificó un conjunto de factores que interactúan en distintos niveles:

A nivel individual, se identifican factores en el desarrollo o la personalidad de los individuos que dan forma a su respuesta a los estresores de sus relaciones interpersonales y sociales, a este nivel se encuentran variables tales como: el nivel de ingresos, nivel educativo, exposición al maltrato infantil o a la violencia doméstica, abuso sexual infantil, patrones de crianza negligentes, la presencia de trastornos del estado de ánimo o de la personalidad, el consumo de sustancias y actitudes normalizadoras de la violencia.

En la esfera situacional/relacional se identificaron experiencias de interacciones en las que una persona se involucra con otras, así como los significados subjetivos que se dan a estas interacciones asociados a la coerción sexual, abuso sexual en la niñez y un riesgo incrementado de abuso a la mujer. Sobre esta esfera se identifican características de dinámicas inestables de pareja, episodios de infidelidad, roles de dominación masculina en la familia o en la pareja con respecto a la toma de decisiones o al manejo de los recursos económicos.

A nivel comunitario, se identifican estructuras formales e informales que afectan el entorno inmediato en el que una persona se encuentra y que aumenta la probabilidad que ocurran episodios de violencia. Los cuales pueden ser entornos precarizados, falta de empleo, aislamiento social de la mujer y la familia, validación social de la realización de prácticas de violencia, corrupción en las autoridades e impunidad ante estos delitos en el plano local y nacional. En el aspecto social, se pueden encontrar una serie de valores y creencias culturales que permean e influyen en las esferas antes descritas, tales como: normas tradicionales de género asociadas a la dominación y el honor masculino, roles de género rígidos, formas de fundamentalismos religiosos que respaldan la desigualdad, así como normas que propician la violencia (Fulu & Miedema, 2015).

Su clasificación y manifestaciones más comunes son las siguientes (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2022; OMS, 2016):

Las agresiones sexuales son acciones de control de la sexualidad de otra persona sin tomar en cuenta su consentimiento, tales como: la violación sexual, actos sexuales forzados, lesiones durante las relaciones sexuales, forzar a mantener relaciones sexuales sin protección contra el embarazo o contra infecciones de transmisión sexual, violación por corrección¹, entre otras.

En el caso de la violencia física, son las agresiones que pueden generar lesiones o daños corporales, como golpes, bofetadas, patadas, puñetazos, rasguños, empujones o uso de armas.

El maltrato psicológico, se caracteriza por críticas repetitivas, insultos, burlas, ridiculizaciones, manipulaciones, intimidación, amenazas, expresiones de desprecio o humillaciones.

La violencia patrimonial, engloba comportamientos controladores u omisiones que afectan la supervivencia de la persona en situación de víctima, por ejemplo: no permitir que la pareja salga de casa, forzarle al aislamiento de sus redes de apoyo, insistir en conocer su ubicación en todo momento, impedirle acercarse a servicios sociales o de salud sin permiso, privarle de dinero para sus gastos, entre otros.

Desde una perspectiva epidemiológica, a nivel mundial, se han realizado estimaciones en el periodo del 2000 a 2018 que indican que 736 y hasta 852 millones de mujeres a partir de los 15 años han experimentado violencia física y/o sexual al menos una vez en la vida (casi 1 de cada 3 mujeres), la prevalencia estimada es mayor para el

¹ Se le denomina violación por corrección a las agresiones sexuales con motivos de odio y discriminación por vivir una orientación sexual o identidad de género diferentes a la heterosexual por creencias asociadas a la misoginia y a la homofobia buscando "corregir" estas características de su sexualidad (Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 2015).

grupo etario de 20 a 44 años pero se estima que desde los 15 a 19 años de edad 1 de cuatro mujeres ya vivió un evento de violencia por lo menos una vez y el 16% lo experimentó en el último año (OMS, 2021). Además, un informe de ONU Mujeres (2020) indica que 137 mujeres son asesinadas a diario por un miembro de su familia y lamentablemente, menos del 40% de las mujeres que han sufrido violencia buscan algún tipo de apoyo y menos del 10% de quienes lo hacen recurren a servicios de policía.

Para el contexto latinoamericano, se identifica que la prevalencia de mujeres que han experimentado violencia física o sexual alguna vez en su vida varía entre países, variando entre 1 de cada 7 en Brasil, Panamá y Uruguay a más del 50% en Bolivia (Bott et al., 2019). Además, se señala que 14 de los 25 países con mayores índices de feminicidio se encuentran en esta región, como se muestra en las estimaciones que indican que al menos 3,800 mujeres fueron asesinadas en 2018. Para el caso de nuestro país al menos 6 de cada 10 mujeres enfrentaron un episodio de violencia; más de 40% violencia sexual y 11 mujeres son asesinadas al día (ONU Mujeres México, 2020; Xantomila, 2020).

Además de las estadísticas mencionadas que recalcan la gravedad del problema, se reporta que este problema tiene diversas consecuencias en las mujeres sobrevivientes, se enlistan las principales a continuación:

A nivel físico, se identifican lesiones sin una explicación clara, fracturas, infecciones de transmisión sexual, dolores o trastornos crónicos, en cabeza, espalda baja o pélvicos; problemas del sistema reproductivo, gastrointestinales y urinarios; embarazos no deseados, pérdida gestacional o partos prematuros (OPS, 2016; Weil et al., 2021). En el caso de las afectaciones psicológicas, puede presentarse estrés, ansiedad, depresión, problemas para dormir, trastornos psiquiátricos asociados al trauma experimentado como el estrés postraumático o los trastornos de la personalidad, consumo nocivo de sustancias

y riesgo de autolesión o de suicidio (Bakon et al., 2019; Hameed et al., 2020). Por último, para el caso de las consecuencias sociales se pueden identificar revictimización secundaria y terciaria, mayores costos de atención a la salud, deserción de sus actividades laborales y académicas, alteraciones en la capacidad para afrontar la vida diaria, pérdidas o cambios en su patrimonio, problemas familiares, problemas interpersonales, desempleo e inestabilidad económica (National Center for Injury Prevention and Control, 2016).

En Urgencias Médicas, se ha identificado en un metaanálisis que en los usuarios de este servicio la prevalencia a lo largo de la vida de este problema se estima en 40%, quienes pueden presentarse para tratar lesiones o sus consecuencias asociadas, por tanto, el personal de salud en Urgencias puede desempeñar un rol vital en la identificación y abordaje de estos casos (Sprague et al., 2014).

En el contexto de la primera ola de la pandemia, algunos estudios identificaron que los casos asociados a la violencia contra la pareja aumentaron en un 95.32% durante este periodo (Bhattaram et al., 2022). No obstante, otras investigaciones reportan reducciones de los casos durante este periodo comparado con evaluaciones previas (Holland et al., 2021; Muldoon et al., 2021; Nittari et al., 2021). De igual forma, también se identifican obstáculos como el miedo a pedir apoyo profesional hasta que se presenten lesiones de gravedad cuando se cohabita con la persona perpetradora, así como la disminución de opciones de servicios de salud, de asistencia social o legales que puedan brindar atención a estos casos.

No obstante, la frecuencia en la que pueden llegar estos casos no se refleja en la capacitación del personal de salud, pues el personal médico no cuenta con habilidades para poder enfrentar el estrés que implica la atención de estas pacientes mientras promueven su autocuidado, no se entrenaron en habilidades de comunicación para

entrevistar a las usuarias de forma sensible y empática, carecen de herramientas objetivas para evaluar las señales físicas y psicológicas que presentan y desconocen las recomendaciones a seguir para reportar estos casos (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017). Estas barreras se pueden traducir en reincidencia de estas lesiones sin ser correctamente atendidas, lo cual se asocia con problemas de salud a largo plazo y experimentar obstáculos en el proceso legal de las víctimas por no contar con registros médicos apropiados (Bakon et al., 2019; Koenig et al., 2020).

En el caso de la atención al problema de la violencia que ingresaba a instituciones sanitarias antes del periodo pandémico, los lineamientos mencionan que se debía garantizar brindar atención a nivel de salud física, mental y social llevada a cabo por profesionales de la medicina, enfermería, trabajadores sociales y gestores de caso. Se le daba importancia a la correcta detección del caso, la identificación del tipo de maltrato ejercido y las lesiones experimentadas, así como la aplicación de tratamientos de acuerdo a las necesidades a nivel de salud físicas, psicológicas, sexuales y reproductivas; así como la referencia a servicios complementarios de apoyo (OPS, 2016; OMS, 2020).

En el caso de la atención a la salud mental en ambientes de atención sanitaria, se consideraba la importancia de contar con profesionales capacitados con y sin formación profesional en salud mental, evaluar los factores de riesgo y los problemas psicosociales experimentados, contar con herramientas de contención emocional y remitir los casos más graves a psicólogos y médicos psiquiatras, tales como las autolesiones, trastornos del estado de ánimo y el trastorno por estrés postraumático (Hameed et al., 2020; Inter Agency Standing Committee, 2015).

Una revisión sistemática elaborada en Estados Unidos (n=3 estudios) (Choo et al., 2015) describe que los estudios realizados en departamentos de Urgencias Médicas enfatizan el papel de las evaluaciones de detección de casos, con algunos casos que

incluyeron además la referencia a servicios de apoyo y entrega de información sobre centros de atención a la violencia, evaluación de riesgos y elaboración de planes de prevención de riesgos. Los resultados mostraron que la calidad metodológica de los estudios limitaba la identificación de hallazgos consistentes y resultó insuficiente para saber si hubo diferencias con las condiciones de control, así que invitaban a generar mayor evidencia de investigación sobre intervenciones realizadas en este departamento.

Con la pandemia, se han propuesto diferentes reportes técnicos con recomendaciones para atender estos casos mientras se vigila la bioseguridad de las personas atendidas y el personal de salud. Para identificar si además había evidencia sobre intervenciones psicológicas realizadas dentro de Urgencias Médicas para la atención a la violencia contra la mujer y en el contexto de la pandemia de COVID-19 se realizó una revisión estructurada de bases de datos de investigación en ciencias de la salud: Cochrane Reviews, Medline Pubmed y APA Psycinfo utilizando encabezados de términos médicos (MeSH, por sus siglas en inglés) y palabras del texto (text words, en inglés), tales como: "Gender-Based Violence"[Mesh], "gender-based violence"[Text Word], "violence against women" [Text Word], "sexual violence" [Text Word], "intimate partner violence" [Text Word], "domestic violence" [Text Word], "sexual abuse"[Text Word], "rape"[Text Word]; "Emergency Service, Hospital"[Mesh], "emergency department" [Text Word], "emergency room" [Text Word], "medical emergencies" [Text Word]; "COVID-19"[Mesh], "COVID-19"[Text Word], "sars-cov-2"[Text Word], "novel coronavirus"[Text Word], "covid-19 lockdown"[Text Word].

De la búsqueda realizada, se identificó únicamente un artículo que abordaba a nivel empírico intervenciones con componentes psicosociales realizadas en el departamento de Urgencias Médicas y dentro el contexto de la pandemia por COVID-19 y un reporte técnico con lineamiento de atención general no especializada para las

afectaciones psicosociales de esta población. Los resultados de esta búsqueda se describen a continuación:

Koenig y colaboradores (2020) reportan una guía clínica basándose en el modelo sintetizado con el acrónimo SAFET-I, el cual proporciona recomendaciones para detectar, evaluar y manejar los casos de violencia sexual en Urgencias Médicas desde una perspectiva basada en evidencia de investigación, además enfatizando el rol principal que ocupan las instituciones de salud para complementar los informes legales que repercutirán en la impartición de justicia en estos casos. Esta guía sugiere la importancia de la estabilización en caso de emergencias físicas, realización de la exploración física y uso de exámenes clínicos procurando la integridad de las evidencias del delito, la activación de un sistema de alerta para realizar reportes a instituciones de asistencia a víctimas, considerar la recolección de evidencias forenses con el consentimiento de las pacientes, brindar tratamiento a las lesiones físicas y sexuales, como la aplicación de medicación profiláctica; e implementar estas prácticas guiándose con un enfoque de trauma, considerando las necesidades de la mujer sobreviviente y buscando opciones de seguimiento para la atención de su salud en caso necesario.

Un reporte técnico elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020), reporta recomendaciones para la atención sanitaria general de los problemas psicosociales que presentan las personas sobrevivientes de violencia de género durante la pandemia por COVID-19, en el que se menciona la importancia de que los profesionales de la salud tomen una perspectiva sensibilizada con los sobrevivientes y visión interseccional de los obstáculos que enfrentan al haber vivido violencia, tomar consideración de las adaptaciones necesarias para proporcionar atención presencial y a distancia procurando la privacidad y seguridad de los pacientes. En el caso de la intervención en salud mental, mencionan la

importancia de considerar una evaluación de sus necesidades y de los riesgos que enfrentan, entrenar en estrategias de regulación emocional, elaboración de un plan de seguridad, regulación de problemas psicosomáticos, solución de problemas, problemas para dormir, manejo del riesgo suicida; así como propuestas para el desarrollo de un protocolo para la canalización de casos a servicios de salud mental especializados. Cabe destacar que este documento no cuenta con reporte de datos empíricos que permita observar los cambios en las personas sobrevivientes atendidas ni registros de los cambios en las instituciones sanitarias que lo implementan.

Con base en el estudio y el reporte técnico identificado, puede observarse que los propósitos de estas publicaciones han sido reportar recomendaciones técnicas y guías de atención para los casos que ingresen en los meses de contingencia sanitaria, lo cual señala la necesidad de contar con mayor información sobre implementación, procesos y resultados de estas intervenciones en las mujeres que han vivido situaciones de violencia durante el periodo pandémico.

Por tanto, se describirá la experiencia de la adaptación de estas recomendaciones y su aplicación en los casos clínicos de mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en el departamento de Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (HGMGG) durante el contexto de la contingencia por COVID-19, así como la adaptación a las particularidades de nuestro país.

Reporte de caso clínico de las consultantes atendidas

Identificación de las consultantes

Para la captación de las consultantes, se invitó al tratamiento a aquellas mujeres cuyo motivo de ingreso estuvo asociado a que durante su consulta médica reportaron experimentar un evento de violencia, así como presentar lesiones asociadas a estas situaciones adversas, por lo que recibieron atención médica a estas lesiones y fueron referidas al servicio psicológico. Se identificó a cuatro pacientes usuarias del servicio de Urgencias Médicas y una trabajadora de la salud, mayores de edad, de nacionalidad mexicana y residentes de la Ciudad de México y del Estado de México, en su mayoría las consultantes estaban desempleadas o se dedicaban al trabajo doméstico. En el caso de la trabajadora de la salud, se contactó de forma directa con el personal del servicio psicológico refiriendo síntomas de distrés asociados al evento de violencia que experimentó.

El abordaje del personal de Psicología se realizó cuando se descartó que las consultantes no presentaban condiciones médicas de emergencia. En todos los casos las usuarias dieron su consentimiento verbal a recibir atención psicológica proporcionada por el equipo de Psicología de Urgencias del HGMGG con fines académicos, con la modalidad de atención en formato híbrido de acuerdo con las recomendaciones del semáforo epidemiológico emitidas por la secretaría de salud nacional (Gobierno de México, 2022). En la tabla 1 se describen los datos sociodemográficos de las consultantes:

Tabla 1

Descripción de variables sociodemográficas y del ingreso al departamento de Urgencias Médicas de las consultantes.

Identificador	Edad (años)	Escolaridad	Relación con la persona perpetradora	Ocupación	Estado civil	Antecedentes de salud
1	27	Secundaria	Pareja	Hogar	Unión libre	Consumo de sustancias / Pérdida gestacional espontánea/ Abuso sexual infantil
2	30	Secundaria	Pareja	Desempleada	Soltera	Consumo de sustancias/ Pérdida gestacional espontánea / Abuso sexual/ Hipoacusia
3	24	Carrera técnica	Novio	Personal de salud	Soltera	Pb. Trastorno límite de personalidad / Falla renal aguda / Epilepsia / Edema pulmonar agudo / Paro cardiorespiratorio
4	20	Preparatoria	Novio	Desempleada	Soltera	Pb. alteraciones neurocognitivas asociadas a estrangulación
5	40	Sin escolaridad	Empleadores	Empleada doméstica Comerciante	Separada	Hipercolesterolemia Dolor neuropático

A continuación, se describe la información recopilada en el primer contacto con el servicio psicológico y el motivo de consulta expresado por las consultantes.

Caso 1

Consultante de sexo femenino, de 27 años al momento de evaluación, escolaridad de secundaria, estado civil de unión libre, originaria y residente de la Ciudad de México (CDMX, por sus siglas). Ella ingresó al servicio de Urgencias Médicas el día 19 de agosto de 2021 por molestias físicas asociadas a un episodio de violencia de pareja y se refiere al servicio de psicología para evaluación y contención emocional. Durante la consulta psicológica se indaga que vivió situaciones de violencia física y psicológica ejercidos por su pareja, al grado de recibir amenazas de feminicidio con armas punzocortantes (un machete), como consecuencia esta situación le ha generado sentimientos de culpa, problemas de consumo de sustancias (drogas inhalantes, tabaco y bebidas alcohólicas), deseo de que la situación de violencia no se repita y preocupación por la salud mental de sus dos hijos, de 10 y siete años. Al momento de la primera consulta no identifica otros antecedentes de salud física o mental, así como la asistencia previa a servicios de atención a su salud mental. Sobre acciones de protección legal, refiere que emitió una denuncia ante las autoridades contra su pareja.

Caso 2

Consultante de sexo femenino, de 30 años de edad, originaria y residente de la CDMX, ingresa a Urgencias Médicas el día 30 de noviembre de 2022 por lesiones asociadas al evento de violencia física y se solicita referencia al área de psicología para identificación de riesgos psicosociales asociados a esta situación.

Durante la consulta psicológica, refiere haber experimentado eventos de violencia física, psicológica y patrimonial ejercida por parte de su pareja durante toda la duración de su relación de pareja (3 años), las cuales ha afrontado con ruegos para evitar represalias, reacciones de miedo y rezos desde su sistema de creencias. Menciona que, tras un episodio de violencia física con estrangulamiento en un cerro cercano a su domicilio, ella se defendió, escapó del lugar y acudió a recibir atención sanitaria por sus lesiones. Menciona que sus redes de apoyo en momentos de riesgo han sido sus hijos y sus familiares.

Refiere como antecedentes de salud el diagnóstico de hipoacusia desde los 7 años, fue usuaria de alcohol, tabaco y marihuana, una pérdida gestacional espontánea, así como la experiencia de eventos vitales estresantes asociados a un episodio de violencia sexual durante su adolescencia ejercido por un exnovio que tuvo en ese momento de su vida.

Sobre su expareja más reciente, comenta que es usuario de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y crack, que presentaba celos hacia ella y le fue infiel durante el tiempo que duró su relación afectiva.

Caso 3

Consultante de sexo femenino, 24 años al momento de la evaluación, originaria y residente de la CDMX, quien es trabajadora de la salud de este hospital y solicitó el apoyo psicológico el día 04 de agosto de 2021 al personal que colabora en la atención clínica para pacientes, su motivo de consulta se asoció al estrés percibido ante la situación de violencia física ejercida por su pareja.

Durante la valoración del equipo de psicología, la usuaria refiere que experimentó episodios de maltrato físico y psicológico ejercido por su pareja hace un año con quien

labora en el mismo servicio clínico, lo cual desencadenó la ruptura de la relación y que ella iniciara un proceso de denuncia legal que no había tenido respuesta institucional de parte del personal de ministerio público hasta ese momento. Además, reporta que ante el evento estresante ha reaccionado con decaimiento en su estado de ánimo y reacciones de miedo a los gritos de hombres, a estar sola en su lugar de trabajo o en las calles, respuestas físicas de taquicardia, sudoración, tristeza, irritabilidad y cambios en su vida social, laboral y familiar.

Como antecedentes de salud, se identificó edema pulmonar agudo, falla cardíaca, crisis convulsivas y un paro cardiorrespiratorio, consecuencia de una cirugía, por lo que fue atendida por servicios de medicina intensiva y medicina interna, aunque actualmente no presenta afectaciones derivadas de esta situación médica. En el caso de la atención psicológica, menciona que asistía con una psicoterapeuta quien la atendía por sintomatología ansiosa, le mencionó que su impresión diagnóstica fue que podría tener trastorno límite de la personalidad (sin presentar evaluaciones que sustentaran esta impresión clínica), decide darse de baja de este tratamiento por problemas en la alianza de trabajo con la psicoterapeuta y diferencias en las metas de tratamiento.

Caso 4

Consultante de sexo femenino, con 20 años de edad, estado civil soltera, escolaridad de preparatoria trunca, laboraba como vendedora en un depósito de bebidas alcohólicas y posterior al evento de violencia dejó su trabajo, tiene un hijo de 3 años, acude al área de Urgencias Médicas el día 23 de septiembre de 2021 por agresiones verbales, físicas, económicas y patrimoniales ejercidas por su pareja y posterior a un episodio de estrangulamiento en el que presentó una síncope por hipoxia, el área médica

solicitó referencia al servicio psicológico para contención emocional y evaluación psicológica.

Durante la consulta de salud mental, refirió que experimentaba sentimientos de preocupación, culpa porque las lesiones se presentaron y no alejarse ante las amenazas que percibió, enojo y miedo ante el hostigamiento que recibió a través de mensajes de texto y llamadas de su pareja después de escapar de la casa en la que vivían, preocupaciones económicas y sensación de fracaso y ser una carga por regresar a casa de sus padres como medida de protección, además estuvo contemplando la posibilidad de hacer una denuncia legal ante las autoridades competentes. Como consecuencia de este evento estresante presentaba problemas de memoria, concentración, sueño, ansiedad y en su autoestima. Como antecedentes de salud, no reporta problemas de salud física o mental previos, ni problemas de consumo de sustancias.

Caso 5

Consultante de sexo femenino, de 40 años al momento de evaluación, sin escolarización, su estado civil era casada y su ocupación era empleada doméstica y vendedora ambulante. La paciente ingresó al área de Urgencias Médicas el día 06 de mayo de 2021 por un “dolor en el pulmón” (SIC consultante), el cual se identificó como dolor neuropático de espalda. Durante la consulta con su médico urgenciólogo refirió malestar ante la pérdida de su hijo y sintomatología depresiva, por lo que se refirió al área de psicología para contención emocional.

Durante la consulta, presenta como antecedentes personales que pertenece al grupo indígena tzeltal (ubicado en la región montañosa de Chiapas), es hablante de la lengua tzeltal y del español, actualmente reside con su hermana en el Estado de México, no se identifican antecedentes de diagnósticos de salud física o mental.

En la valoración de su salud mental, se identificó como antecedentes vitales estresantes la experiencia de un matrimonio forzado del que se separó por problemas de pareja, así como estar expuesta a trabajos domésticos forzados durante 15 años, en los que fue privada de su libertad y que experimentó castigos físicos y verbales si no cumplía las demandas de sus empleadores, posteriormente escapó con ayuda de un pretendiente pero tuvo que dejar a su hijo en la casa de sus empleadores. Con base en lo referido por la paciente, se sugirió que estuvo expuesta a trata de personas en la modalidad de trabajos forzados.

No se identificó que haya o esté recibiendo actualmente apoyo psicológico o psiquiátrico adicional a esta intervención, asimismo refiere no buscar emprender acciones legales contra sus tratantes, debido a que percibía que por su estado de salud y por ser adultos mayores, ellos ya no representaban un problema para su seguridad.

Estrategias de evaluación

Para todas las consultantes se realizó una entrevista semiestructurada elaborada de manera *ex profeso*, la cual recabó datos de identificación de las pacientes, información sociodemográfica y sus antecedentes de problemas de salud física y mental (Ver apéndice A). Además, se realizaron preguntas basadas en criterios de diagnóstico taxonómico y para realizar el análisis funcional de los problemas asociados a la situación de violencia, identificándose aquellas variables que explican, mantienen y refuerzan el problema.

Se buscó evaluar a las consultantes por instrumentos psicométricos para identificar sintomatología ansiosa, depresiva, riesgos asociados al evento de violencia experimentado, consumo de sustancias, riesgo de suicidio y rasgos de trastornos de la personalidad. A continuación, se describen los instrumentos utilizados:

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Es una valoración que ayuda en el diagnóstico de síntomas del trastorno depresivo mayor y la gravedad de estas reacciones basado en criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés). Este instrumento está compuesto por nueve reactivos de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, los cuales van desde “para nada” hasta “casi todos los días”. Para responder se le solicita a la persona evaluada que indique su valoración subjetiva sobre la frecuencia en que presentó estos síntomas en las últimas dos semanas previas a la aplicación del cuestionario, y una última pregunta de tipo cualitativa en la que se pide que se estime el grado de disfuncionalidad a raíz del problema experimentado, se califica realizando la suma de los puntajes obtenidos de acuerdo a la puntuación que cada opción de respuesta tiene, el resultado puede variar entre 0 y 27 puntos, lo que indicaría el nivel de gravedad experimentado por el individuo.

Fue elaborado por Kroenke y colaboradores (2001) para la subescala de este trastorno como parte del instrumento diagnóstico PRIME-MD, fue evaluado en pacientes de instituciones clínicas de primer nivel de atención y de servicios de gineco-obstetricia, estableciendo puntos de corte de gravedad de los síntomas (5=leve, 10=moderado, 15=moderadamente severo y 20=severo). Se identificaron valores apropiados de sensibilidad (88%) y especificidad (88%). En población mexicana, este instrumento fue validado por Familiar y colaboradores (2015) en 55,555 mujeres profesoras de todo el país, con una consistencia interna de $\alpha=0.89$, la cual mantuvo la misma cantidad de reactivos y forma de respuesta, además propusieron que la puntuación global era una forma apropiada de detectar estos síntomas. En población de contextos rurales, Arrieta et al. (2017) estudió esta escala en 223 adultos de población rural de la región de Chiapas, identificó una consistencia interna de $\alpha \geq 0.8$, manteniendo la cantidad de reactivos y forma de respuesta, para la interpretación se da de la siguiente manera: 0-9 puntos se considera

sintomatología leve, 10 a 15 puntos se considera de intensidad moderada y de 16 en adelante se considera de gravedad severa (Ver Apéndice B).

Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 (por sus siglas en inglés, GAD-7). Es una evaluación de tamizaje que identifica síntomas propios del trastorno de ansiedad generalizada basada en criterios del DSM-IV considerando un criterio temporal de dos semanas previas al momento de la valoración, está compuesta por siete reactivos tipo Likert con cuatro niveles de respuesta que indican la frecuencia en que se han experimentado estas reacciones, los cuales van desde cero o “nunca” hasta tres o “casi todos los días”. Fue desarrollado por Spitzer y colaboradores (2006) en pacientes en clínicas de atención primaria a la salud con una confiabilidad apropiada de acuerdo con el procedimiento de medida de consistencia interna ($\alpha=0.92$) y medida de estabilidad ($r=0.83$). Para la calificación se suman los resultados con base en el valor de cada opción de respuesta cuya puntuación posible va de 0 a 21 puntos, señalando un punto de corte de 10 para indicar sintomatología ansiosa significativa con un alto índice de sensibilidad y especificidad (en ambos casos, >0.80). Además, proporciona una interpretación de su puntaje considerando el grado de gravedad de esta sintomatología: leve (≥ 5), moderado (≥ 10), moderado-severo (≥ 15) y severo (≥ 20).

Hasta el momento, está traducido al castellano y validado para población de latinos estadounidenses por Mills y colaboradores (2014) en 436 participantes que podían seleccionar que la aplicación de este instrumento se hiciera en idioma inglés ($n=210$) o castellano ($n=226$, de los cuales el 57.8% eran mexicanos), manteniendo los mismos reactivos de la versión original. En el caso de la versión castellana, obtuvo valores apropiados de confiabilidad por consistencia interna ($\alpha=0.94$) y validez convergente con correlaciones significativas con otras evaluaciones, como la Escala de Estrés Percibido ($r=0.66$), el Cuestionario de Salud del Paciente ($r=0.70$) y el dominio de salud física de la

Escala de Calidad de Vida de la OMS ($r=-0.31$), se utilizó este instrumento por la información clínica que proporciona y su aplicabilidad al contexto de Urgencias Médicas, conservando la misma cantidad de reactivos del cuestionario original y utilizando la calificación e interpretación recomendada para la versión castellana (Ver Apéndice C).

Recientemente se han estudiado las propiedades psicométricas de este instrumento en población mexicana de personas que viven con VIH ($n=938$ participantes), desarrollando una versión adaptada al castellano y a la cultura del país. Esta versión del instrumento obtuvo una consistencia interna apropiada ($\alpha = 0.82$) y en la validez de constructo obtuvo un factor que explicó el 48.9% de la varianza en 411 participantes, además se realizó un análisis factorial confirmatorio en 527 participantes que mostró un ajuste adecuado de este modelo (Gutiérrez-Velilla et al., 2022).

Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST). Es una evaluación desarrollada por la OMS (2011) por un comité internacional de expertos en este tema para promover una detección rápida del consumo de sustancias y sus riesgos a la salud asociados en diversos contextos de atención a la salud, por lo que se desarrollaron preguntas que poseen un diseño de aplicación neutral, de tal forma que pueda ser implementado en diferentes regiones. Está compuesta por ocho reactivos, el primero y el octavo son de tipo dicotómico y los demás son de opción múltiple, permiten identificar el consumo de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas, indicando la puntuación de riesgo para cada sustancia que la usuaria informe haber consumido. Se califica con la suma de las puntuaciones dos a siete, y la pregunta ocho no se contabiliza, pero es un indicador de alto riesgo para problemas de salud. Las puntuaciones obtenidas permiten clasificar según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” o “alto”, proporcionando información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida y

en los últimos tres meses antes de la aplicación, así como problemas relacionados con el consumo de sustancias, como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente y conductas de riesgo asociadas a drogas inyectables. Para su interpretación, en el caso del alcohol se ofrecen los siguientes rangos de riesgo: 0-10 (bajo), 11-26 (moderado) y >27 (alto) y para las demás sustancias, los rangos de riesgo son: 0-3 (bajo), 4-26 (moderado) y >27 (alto). Para el caso de México, Tiburcio-Sainz y colaboradores (2016) obtuvieron las cualidades psicométricas para la población mexicana en estudiantes universitarios, obteniendo coeficientes de confiabilidad aceptables para las subescalas de tabaco ($\alpha=0.83$), alcohol ($\alpha=0.76$) y marihuana ($\alpha=0.73$), así como valores adecuados de sensibilidad y especificidad usando un punto de corte de 8 (83.8% y 80%, respectivamente) (Ver Apéndice D).

MINI Entrevista neuropsiquiátrica internacional. Es una evaluación desarrollada por Sheehan y colaboradores (1998) y traducida al castellano por Ferrando et al. (2000), es una entrevista estructurada para detectar alteraciones de salud mental incluidos en el DSM-IV y en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, por sus siglas en inglés).

Para fines de esta intervención clínica, se empleó la subescala de evaluación del riesgo de suicidio que forma parte del apartado del trastorno depresivo mayor, la cual contiene seis reactivos de tipo dicotómico con las que un entrevistador evalúa la presencia de ideación suicida en el último mes previo a la valoración y a lo largo de la vida de la persona evaluada, así como la formación de un plan e intentos de suicidio. Para la calificación, a cada reactivo positivo se suma una puntuación determinada por el instrumento que indica el riesgo de suicidio y arroja una interpretación de nivel de gravedad, en el que de los rangos de 1-5 puntos se considera riesgo leve, 6-9 puntos riesgo moderado y ≥ 10 se considera un riesgo alto. Cuenta con puntuaciones apropiadas

de confiabilidad en población angloparlante de acuerdo con un criterio inter-evaluadores ($K=1.00$) y por criterio de estabilidad ($K=0.87$). No se identificaron propiedades psicométricas para población mexicana, no obstante, se utilizó este instrumento por la practicidad de su aplicación y su viabilidad en el contexto hospitalario; así como la posibilidad de obtener información clara sobre el nivel de riesgo suicida que enfrentan para tomar decisiones sobre las intervenciones de atención clínica (Ver Apéndice E).

Evaluación breve de riesgo para el personal clínico (DA-5). Es una evaluación breve de riesgo elaborada por Snider y colaboradores (2009) que identifica a las personas sobrevivientes que se encuentran en alto riesgo de lesiones graves u homicidio por parte de su pareja actual o previa. Se recomienda su uso en caso de detectar eventos de violencia que son atendidos en el área de Urgencias Médicas y sea necesario tener indicadores de factores de riesgo, así como medidas de asistencia y protección para mujeres en situación de víctimas de violencia.

Está compuesta de cinco reactivos de tipo dicotómico que miden la gravedad de agresiones acontecidas en el último año, la amenaza o uso de armas de fuego, la capacidad percibida de que su pareja puede matarle, la presencia de estrangulamiento, así como la presencia de celos y comportamientos controladores. De acuerdo con el número de respuestas positivas, el entrevistador puede tomar decisiones sobre un protocolo de acción a seguir, así como las acciones recomendadas en caso de sospechas de lesiones físicas de gravedad. En cuanto a sus mediciones psicométricas, la presencia de tres reactivos positivos muestra una sensibilidad apropiada (83%, IC 95%= 70.6%-91.4%). Si bien este instrumento no cuenta con una validación mexicana, se utilizó considerando que fue diseñado para las unidades de Urgencias Médicas, su tiempo de aplicación es breve y brinda información sobre el nivel de riesgo percibido de lesiones graves y/o muerte en las consultantes, lo cual se utilizó para la elaboración de planes de

seguridad en las usuarias que lo requirieron, así como para reportar este hallazgo en su expediente médico-legal (Ver Apéndice F).

Entrevista clínica semiestructurada para el DSM. (SCID, por sus siglas en inglés). Es una entrevista clínica semiestructurada elaborada por Spitzer y colaboradores (1992), cuyo objetivo es identificar criterios diagnósticos de los trastornos del comportamiento del eje II de este manual de diagnóstico, incluyendo los trastornos de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial y no especificado. Consta de 119 preguntas dicotómicas que pueden ser seleccionados de acuerdo a los intereses clínicos de la valoración, en estos reactivos, la persona entrevistadora puede completar la información con preguntas específicas y solicitando ejemplos para clarificar la presencia de estos síntomas. La puntuación de cada reactivo oscila de uno a tres puntos, de acuerdo a si este síntoma no se presenta, se presenta pero no cumple las particularidades para considerar la presencia de este criterio clínico o si presenta de forma positiva este reactivo, también es aceptable incluir el signo “?” en aquellas situaciones en las que la información obtenida sea confusa para el criterio de diagnóstico. Para calificar esta entrevista, cada trastorno ofrece la cantidad de criterios de diagnóstico que deben cubrirse para obtener una impresión diagnóstica.

En cuanto a sus propiedades psicométricas (Williams et al., 1992), en diferentes sedes clínicas de Alemania se obtuvo que en pacientes psiquiátricos su confiabilidad por criterio de estabilidad es de $k=0.61$ para diagnósticos actuales y $k=0.68$ para diagnósticos a lo largo de la vida. En el caso de la población general no psiquiátrica, los valores son menores con un valor promedio de $k=0.37$ para diagnósticos actuales y de $k=0.51$ para diagnósticos a lo largo de la vida. Esta evaluación no cuenta con propiedades psicométricas estudiadas en México, pero se utilizó por la posibilidad de elegir los

módulos apropiados para evaluar rasgos de personalidad en el caso de la usuaria que identificó como meta de trabajo la exploración de rasgos de su personalidad que afectaban su funcionamiento, relaciones interpersonales y calidad de vida (Ver Apéndice G).

HELPS Herramienta de Tamizaje de lesiones cerebrales. Es una evaluación desarrollada por Picard y colaboradores (1991) en el Centro Internacional para el Discapacitado. Esta herramienta permite evaluar los diferentes tipos de lesiones cerebrales en diversos escenarios de atención de cualquier población cuando se sospecha que una persona experimentó un trauma físico que potencialmente haya generado un daño cerebral, que haya desarrollado dificultades de funcionamiento o que muestra comportamientos inexplicables, como en los casos de violencia de pareja íntima o familiar, servicios militares, pacientes con padecimientos psiquiátricos o uso nocivo de sustancias adictivas. Está conformada por cinco reactivos de tipo dicotómico que se abrevian en inglés con el acrónimo HELPS, cuyos enunciados indagan la experiencia de antecedentes de traumas físicos, que sus lesiones hayan ameritado recibir apoyo médico/hospitalario, pérdida de consciencia durante el evento, la presencia de secuelas cognitivas, emocionales o conductuales derivadas del evento, así como la presencia de otras enfermedades que pudieran explicar sus síntomas. En cuanto a los resultados, se considera un tamizaje positivo cuando se identifican tres reactivos: un evento que haya podido generar la lesión cerebral, un periodo de pérdida del conocimiento posterior a la lesión y la presencia de dos o más secuelas crónicas que no estuvieran presentes antes de la lesión. En este caso, se informaría a la persona estos resultados para derivarla a servicios de neurología o rehabilitación para confirmar dicho diagnóstico usando evaluaciones clínicas más precisas, así como la implementación de planes de tratamiento

adaptados a las necesidades del paciente. Cabe mencionar que esta evaluación no reportó propiedades psicométricas en la población en la que se estudió.

En el caso de nuestro país, no se identificaron estudios de esta evaluación en nuestra población, pero se utilizó debido a la posibilidad de los reactivos para generalizarse a distintas poblaciones, por razones asociadas al contexto de Urgencias Médicas en el que se le da prioridad a evaluaciones breves para facilitar la detección de secuelas neurológicas que pudieran afectar el pronóstico de las consultantes (Ver Apéndice H).

Formulación de caso

Para hacer la formulación de caso de las consultantes, se realizó por medio de un mapa clínico de patogénesis (Nezu et al., 2006), el cual surge del análisis funcional de la conducta para plantear un conjunto de hipótesis planteadas bajo un marco teórico específico, donde se habla acerca de las variables de causa, detonantes o mantenedoras que mantienen y explican el motivo de consulta por el que se asiste al servicio psicológico. Es un mecanismo de organización de las y los terapeutas para la comprensión de la información que cada consultante refirió como sus quejas o problemas en términos de problemas emocionales, cognitivos, interpersonales, sociales, ambientales y conductuales. Esta herramienta tiene como metas la comprensión de los problemas que el consultante manifiesta, identificar aquellas variables relevantes que se relacionan funcionalmente y orientar en el diseño de un plan de tratamiento que guiará la intervención clínica, sintetizando la información proveniente de la evaluación clínica, la teoría psicoterapéutica y la literatura de investigación sobre el tema de interés para la intervención clínica.

Para fines de presentación y comprensión del caso, la información se esquematiza de la siguiente manera: a) variables de respuesta, que son resultados instrumentales relacionados con el paciente que se asocian a las metas de resultados del paciente o al conjunto de síntomas que experimenta; b) variables antecedentes, definidas como las variables relacionadas con el paciente y con el ambiente que funcionan como estímulos desencadenantes próximos para otros factores de resultados instrumentales o para los estímulos angustiantes en sí; c) variables de consecuencias, consideradas como aquellas variables relacionadas con el paciente o con el ambiente, que se presentan como reacción a una variable de respuesta determinada, que operan para incrementar o disminuir la probabilidad de presentación de estas respuestas; d) variables organísmicas, consideradas como aquellas variables relacionadas con el paciente que funcionan como mediadoras y moderadoras de las variables de respuesta identificadas; y e) variables distales: como los factores históricos o de desarrollo que pueden ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades particulares o de los trastornos psicológicos o síntomas de angustia en sí mismos, como los eventos traumáticos, experiencias tempranas de aprendizaje y problemas familiares o de crianza.

Para el plan de tratamiento, se utilizó un mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2006), el cual es un recurso visual que permite plasmar los objetivos finales a los que se dirigió la intervención, las metas instrumentales relacionadas a las dificultades psicológicas que los pacientes presentan como obstáculo para la mejoría clínica; así como las estrategias de intervención que se identificaron desde la revisión teórica y desde el cuadro de diagnóstico para combatir estos problemas, procurando tomar las mejores decisiones en términos de las características del consultante y terapeuta, su ambiente social, tipo de tratamiento con sus ventajas y desventajas.

Para validar la pertinencia de la formulación del caso y plan de tratamiento, el clínico presenta la información obtenida a su consultante para recibir su retroalimentación y validación social, informando sobre su acuerdo con los objetivos planteados. En el caso del terapeuta, confirma la pertinencia de la formulación del caso, comprobando o descartando las hipótesis planteadas durante el proceso y realizando los ajustes necesarios para calibrarse con las necesidades de la persona.

Formulación de caso de las consultantes atendidas

Caso 1

En el caso de esta consultante se identificó que presentó respuestas fisiológicas de llanto, insomnio, tensión muscular; respuestas emocionales de miedo, culpa y tristeza; acompañadas de cogniciones asociados a preocupaciones sobre el bienestar de sus hijos *“quiero que estén bien, que no vean la violencia que vivo, uno de mis hijos no va al baño solo y no puede dormir y al mayor le gana del baño en la cama”* (SIC pac. [esta abreviatura se utilizará en lo subsecuente para indicar referencias del discurso explícito expresado por las consultantes]); confusión sobre su separación con su pareja expresado como *“no quiero que me vuelva a lastimar, pero todavía lo quiero, me hace falta, se va a ir, es cariñoso y cuida a mis hijos, nadie me va a volver a querer porque soy fea”* (SIC pac.); además de respuestas conductuales como consumir sustancias como alcohol, tabaco e inhalantes *“me ayuda a estar tranquila, a no enojarme, a aguantar los golpes”* (SIC pac.), intentar autolesionarse bajo el efecto de estas sustancias, así como escapar de la situación de violencia cuando se presentó, escapar con sus hijos a casa de sus padres para procurar su seguridad y levantar una denuncia ante las autoridades y aunque ha retomado el contacto telefónico con su expareja, hasta el momento no ha manifestado intenciones de retirar esta denuncia y desea que la investigación siga en curso.

Estas respuestas se presentaban ante los siguientes antecedentes: de la consultante: pensar sobre su pareja y la situación que enfrentan expresado como *“lo extraño y lo quiero, pero no voy a retirar mi denuncia”*; así como del ambiente: agresiones de tipo físico y psicológico ejercida por su pareja dentro de su domicilio cuando se presentaron discusiones o malentendidos dentro de la relación relacionados a posibles infidelidades asumidas por su pareja; incluso llegando a la amenaza de muerte con armas punzocortantes como machetes y navajas, así como celos, insultos, menospreciar, manipulación, golpes y estrangulamiento; así como recibir llamadas por parte de su expareja para reconciliarse, lo cual genera sentimientos de confusión *“es consciente de lo que hizo, está arrepentido y dice que ya no lo volverá a hacer, me pide que lo vea”* (SIC pac.); así como recibir amenazas de parte de un pretendiente que la ha buscado desde su separación de su expareja, quien la consultante refiere que le ha expresado *“si no eres para mí, no serás para nadie; te voy a matar si no te quedas conmigo”* (SIC pac.).

Como consecuencias de esta situación, se identificó que a corto plazo aumenta su sintomatología de ansiedad y el riesgo de consumir las sustancias antes mencionadas; a mediano plazo ha aumentado la confusión sobre seguir en contacto con su pareja y regresar a su antigua relación; a largo plazo podría estar expuesta al riesgo de futuros episodios de violencia; así como las secuelas físicas y psicológicas de la dependencia a las sustancias adictivas que utiliza; así como las consecuencias que estos síntomas ansiosos y de violencia en sus hijos y en sí misma, incluso al grado de estar expuesta al riesgo de muerte.

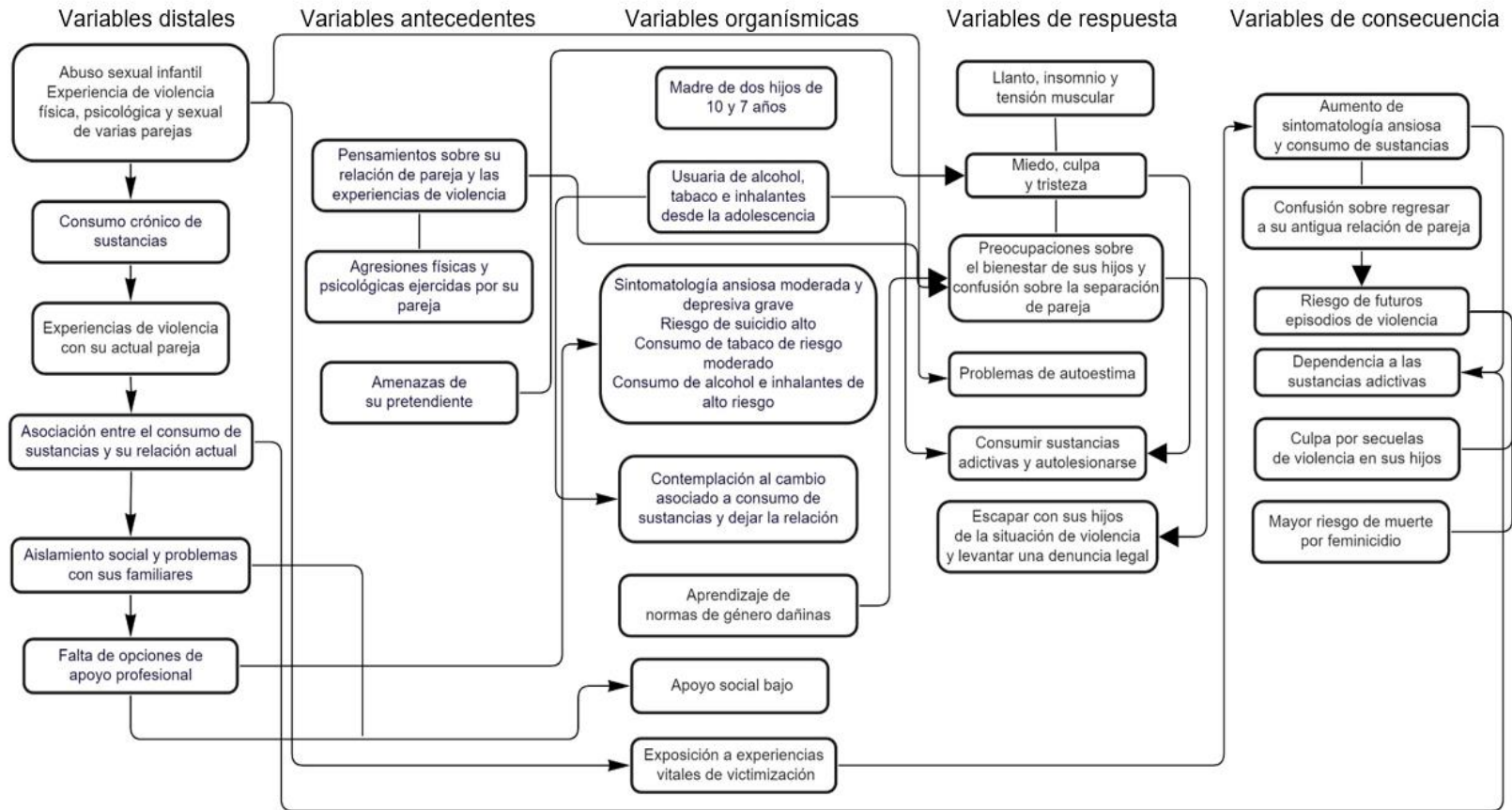
Como variables orgánicas, se identificó a una consultante de sexo femenino, biotipo ectomorfo, edad aparente similar a cronológica, condiciones apropiadas de aseo y aliño, vestimenta acorde a género, edad y condición socioeconómica, originaria y residente de Xochimilco, CDMX, es madre de dos hijos: A. (pseudónimo) de diez años e I.

(pseudónimo) de siete años, es usuaria de alcohol, tabaco e inhalantes desde la adolescencia; a nivel psicológico, se identifica un nivel de atención orientado en tiempo, lugar, persona y circunstancia, actitud cooperadora durante las evaluaciones psicológicas, se identifica mediante instrumentos psicométricos la presencia de sintomatología depresiva grave (PHQ-9=22/27), sintomatología ansiosa moderada (GAD-7=14/21); riesgo de suicidio alto (MINI-RS=13); consumo de riesgo moderado para el tabaco (ASSIST-T=20) y de alto riesgo para el alcohol (ASSIST-A=35) e inhalantes (ASSIST-I=36); así como encontrarse en estado de contemplación al cambio relacionado al consumo de sustancias y a salir de la situación de violencia de pareja que experimenta. Desde la esfera social, se identifica la existencia de normas de género dañinas que devalúan el papel de la mujer en una relación de pareja, poco apoyo social y redes de apoyo profesional asociado a la zona en la que vive, baja escolaridad y la exposición a experiencias vitales de victimización, tales como la vivencia de ser sobreviviente de abuso sexual infantil por parte de un primo y la experiencia repetida de abuso físico, psicológico y sexual por parte de sus anteriores y actual pareja.

Como variables distales, se identificó que estas experiencias vitales estresantes de abuso infantil y la experiencia de violencia de pareja a nivel físico, psicológico y sexual, así como el consumo de sustancias desde la adolescencia, el establecimiento de una relación afectiva caracterizada por la violencia física y psicológica experimentada, que ambos integrantes de la relación sean usuarios de estas sustancias y que él sea quien le proporcione las dosis de sustancias cuando ella busca consumir, así como la falta de apoyo familiar por peleas relacionadas al hartazgo de que la relación de pareja continúe con la amenaza de retirarle su apoyo, así como las carencias en alternativas de apoyo profesional disponibles podrían perpetuar que continúen y se intensifiquen estas problemáticas.

A continuación, en la *Figura 1* se presenta un esquema que ilustra el mapa clínico de patogénesis para esta consultante:

Figura 1. Esquema del mapa clínico de patogénesis del caso 1, de acuerdo al modelo de formulación de caso propuesto por Nezu y colaboradores (2006).



Caso 2

Se identificó que la consultante presentó respuestas instrumentales, tales como aislarse para evitar problemas con su pareja, separarse por tiempos en caso de que la dinámica de pareja se volvía tensa, en el momento en que se presentó la agresión por la que ingresó al hospital, respondió con empujones y golpes para defenderse, además de que escapó del lugar del incidente (un cerro cercano al lugar donde residen); respuestas fisiológicas como problemas para dormir a nivel inicial, dolor de espalda, sensación de ahogo e inflamación de la garganta (*“se siente como si tuviera una flema que no puedo pasarme”* (SIC. pac)); respuestas emocionales, como miedo y ansiedad.

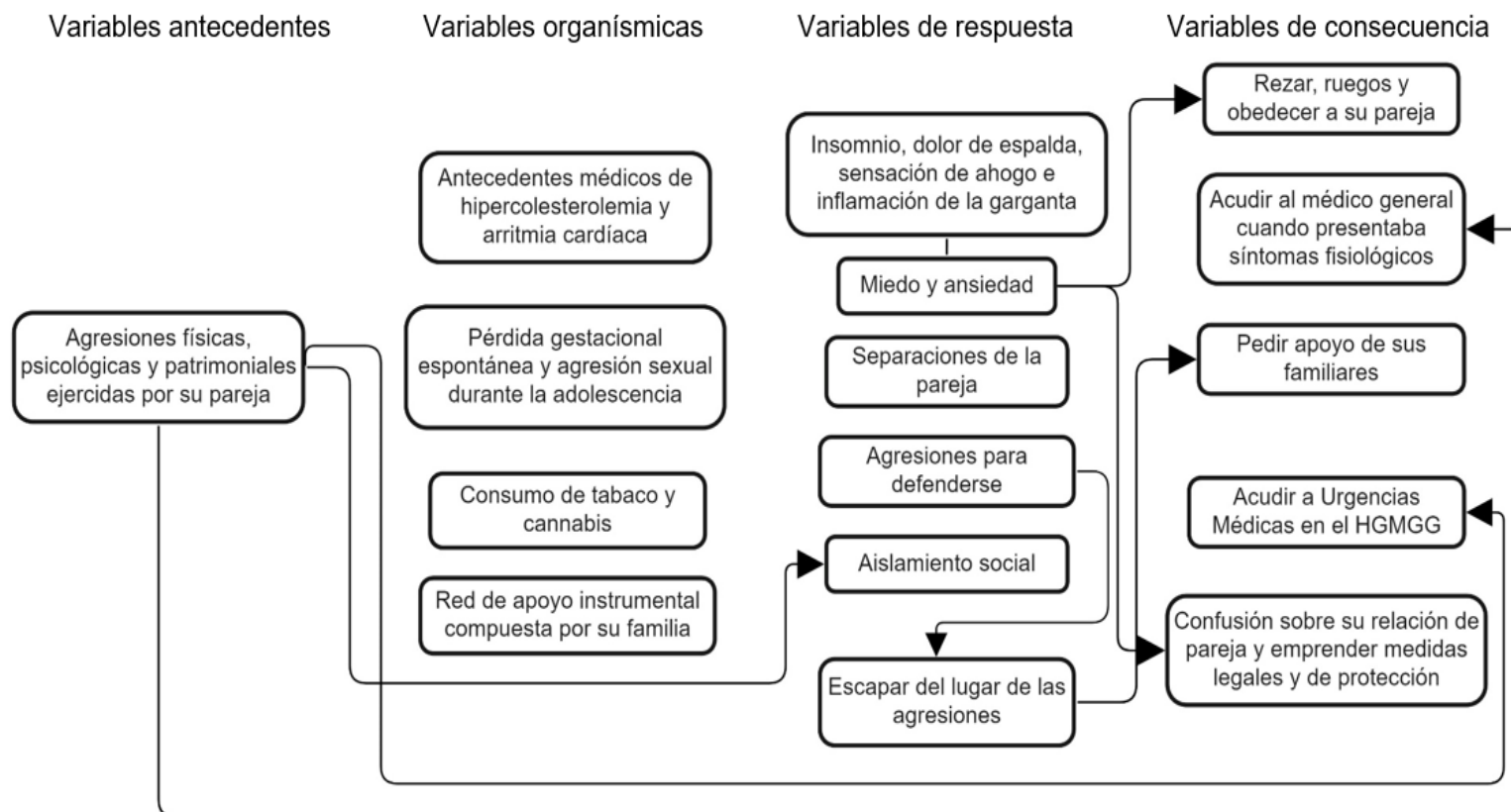
Estas respuestas se presentaban ante estímulos de tipo ambiental como la presencia de agresiones por parte de su pareja relacionado a celos y comportamientos controladores de su pareja *“tenía muchos celos, me aislaba, destrozó mis pertenencias (celular), me insultó, me amenazó, me golpeó y me quiso ahorcar en un cerro”* (SIC pac.). Como consecuencia, enfrentó las agresiones de su pareja con rezos de acuerdo a sus creencias espirituales, rogándole que se detuviera y obedeciendo a su pareja con el fin de disminuir el riesgo de conflictos, acudía al médico general cuando presentaba síntomas fisiológicos propios del estrés, después del evento de violencia, escapó con apoyo de sus hijos, habló con sus familiares para tomar decisiones, buscó apoyo médico en Urgencias Médicas, hasta el momento sin buscar emprender acciones de seguridad y de protección legal debido a que considera que aún se sentía confundida sobre qué decisiones tomar sobre su relación de pareja y sobre cómo detener la violencia vivida.

Como variables orgánicas, se identificó que es una consultante de sexo femenino, biotipo endomorfo, edad aparente similar a edad cronológica, condiciones apropiadas de aseo y aliño, vestimenta acorde a género, edad y estatus socioeconómico, madre de dos hijos y su principal red de apoyo son sus padres quienes se encargan del

cuidado y supervisión de los menores; así como a nivel físico, reporta tener problemas de hipercolesterolemia y arritmia cardíaca para lo que toma “una pastilla de aspirina protect” (SIC pac.) en caso de malestares; a nivel psicosocial, se identifica que su atención estaba ubicada en tiempo, persona, lugar y circunstancia, actitud cooperadora durante la consulta psicológica, no identifica problemas de salud mental previos y como acontecimientos vitales estresantes, menciona la experiencia de una pérdida gestacional espontánea y una agresión sexual durante la adolescencia, así como la experiencia de que ambos miembros de la pareja fueron usuarios de alcohol, tabaco y cannabis, ella dejó estas sustancias desde hace dos años y su pareja se mantenía en el consumo, además de ser usuario de cocaína.

No se cuenta con más información para completar la formulación de caso debido a que únicamente se presentó a la primera consulta cuando fue derivada por el área médica, la sesión subsecuente se dio a modo de seguimiento telefónico y será descrita posteriormente. El esquema del mapa clínico de patogénesis desarrollado hasta ese momento se presenta en la *Figura 2*.

Figura 2. Esquema del mapa clínico de patogénesis desarrollado para el caso 2, de acuerdo con el modelo de formulación de caso propuesto por Nezu y colaboradores (2006).



Caso 3

En esta consultante se identificaron respuestas de tipo fisiológico como taquicardia, sudoración, hiperventilación, hiperactivación e insomnio a nivel inicial e hipersomnía final; respuestas emocionales expresadas como miedo, tristeza, nerviosismo, apatía, celos, enojo, ansiedad y depresión; así como variables cognitivas como percibirse hipersensible, decaída, con problemas de concentración y rumiación *“no se callan las voces de mi cabeza (pensamientos) que dicen -me está engañando, están pasando cosas entre ellos y no me doy cuenta-”* (SIC pac.); así como variables conductuales como aislamiento social, hablar con groserías, quedarse pasmada ante situaciones emocionales abrumadoras, tener citas románticas con sus pretendientes (aprox. 10 personas) para relajarse, así como evitar y escapar de aquellos con los que tiene problemáticas.

Estas respuestas se presentaron ante los siguientes estímulos: cuando sus planes se frustraron y no se ajustaron a sus expectativas, situaciones relacionadas al evento de violencia, tales como: recordar el evento de violencia vivido en el estrangulamiento de su pareja, ver al perpetrador en su lugar de trabajo o compartir espacios con él en privado, estar expuesta a las videograbaciones reproducidas dentro de su espacio de trabajo en las que se muestra el evento de violencia reportado previamente, escuchar peleas de pareja o voces fuertes gruesas *“como de hombre”* (SIC pac.), conocer el informe psicológico emitido por el personal de psicología del ministerio público que describió que no se identificaban secuelas psicológicas posterior del evento de violencia; así como antecedentes relacionados con sus pretendientes: pensar en que sus pretendientes podrían perder el interés en ella y alejarse o engañarla con alguien más, así como percibirse presionada por sus pretendientes para formalizar una relación de pareja.

Como consecuencias a nivel inmediato presentó respuestas de desrealización *“irme a mis pensamientos, a mi lugar feliz”* (SIC pac.), respirar, hablar de sus intereses

personales expresado como *“habló de mis mascotas, fotos importantes para mí”* (SIC pac.), ver videos de la red social tiktok, música y películas relajantes, hablar con sus amistades, realizar actividades consideradas como alcanzables, comer postres y colorear mandalas de papel. A corto plazo, no podía salir de casa, cambió su apariencia física y arreglo personal para verse *“más fea, menos atractiva para otros”* (SIC pac.), se alejó de sus actividades cotidianas, se aisló socialmente, generó sentimientos de culpa por las agresiones de su pareja y miedo a los gritos masculinos e incrementó sus conductas de seguridad informando a sus padres sobre sus actividades y su ubicación al momento.

En cuanto a las variables orgánicas, se identificó que la consultante de sexo femenino, edad aparente similar a cronológica, biotipo ectomorfo, condiciones apropiadas de aseo y aliño, vestimenta acorde a género, edad y condición socioeconómica, originaria y residente de la CDMX, a nivel físico presenta como antecedentes médicos falla renal, edema pulmonar agudo, paro cardíaco que estuvo atendiendo con médicos durante cuatro años y actualmente solo utiliza medicamentos para control de síntomas, y epilepsia actualmente tratada con medicación anticonvulsiva (Levetiracetam), así como antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia.

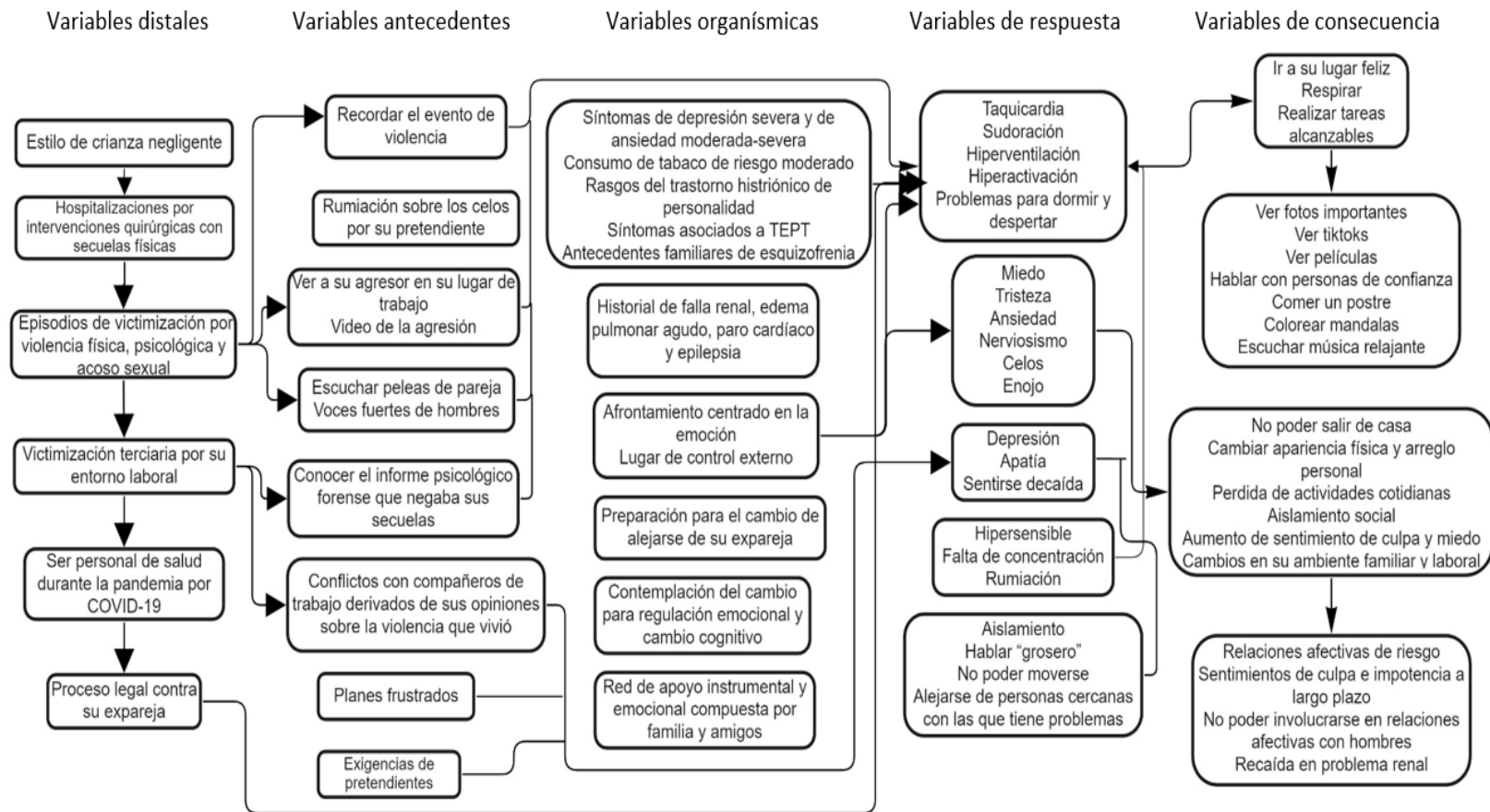
A nivel psicológico, se identificó un nivel de atención orientado en tiempo, lugar, persona y circunstancia, actitud cooperadora durante las consultas psicológicas, presenta sintomatología depresiva de intensidad severa (medida con PHQ-9 \bar{X} = 21/27 puntos), sintomatología ansiosa significativa de intensidad moderada (medida con GAD-7 \bar{X} = 14.5/21 puntos); consumo de sustancias medido con prueba ASSIST para bebidas alcohólicas de riesgo bajo (A=9/39 puntos) y para tabaco de riesgo moderado (T=8/31 puntos), síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (309.81 (F43.10)) identificado mediante entrevista en la que cumplió con 8 de 8 criterios diagnósticos (A,B,C,D,E, F, G y H) con una duración aproximada de un año, además de rasgos de

personalidad asociados al trastorno histriónico de la personalidad medidos mediante SCID-2 (THP=6/7). Se define a sí misma como una persona extrovertida que a raíz de la situación de violencia se ha vuelto más solitaria e introvertida, se identifica un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, lugar de control externo, reporta respuestas fóbicas a los “*vagabundos*” (SIC pac.) desde una experiencia de acoso callejero durante su adolescencia, en etapas de cambio se ubica en la preparación para el cambio de mantenerse alejada de su expareja, contemplación del cambio para regulación emocional y cambio cognitivo, rasgos de personalidad histriónicos expresados como “*salía como con 10 pretendientes, se siente como una adicción, un reto por la intensidad del coqueteo y de conseguir lo que quiero, pero no me llenan y me aburro, soy manipuladora, visceral, me duele sentir impotencia, me frustra no gustarles y me considero mitómana, me gusta engrandecer las cosas, soy carismática y empática, disfruto ser el centro de atención y me esfuerzo para llamar la atención de otras personas con mi plática y apariencia física, me gusta coquetear demasiado y tener muchos pretendientes, tengo problemas con otras mujeres a quienes veo como competencia, y siento que las personas pueden descifrarse y es un reto para mí el poder controlarlas*” así como altas expectativas en su percepción corporal “*como no me gusta mi cuerpo, me he realizado modificaciones físicas con cirugías, el atractivo visual me facilita las cosas*” (SIC pac.).

A nivel social, cuenta con estudios de carrera técnica e interés en seguirse desarrollando en las ciencias de la salud, reportó trabajar en un área clínica en el hospital y un instituto del tercer nivel de atención, menciona que su red de apoyo son su familia y sus amigos, aunque agrega que sus familiares han sido “*intensos y críticos aunque con una relación superficial, a veces siento más cercanía con mis parejas que con mis familiares*” durante su vida (SIC pac.). En cuanto a su espiritualidad, es creyente del catolicismo y esoterismo, no practicante.

Como variables distales, se identificó que pasó por antecedentes vitales de un estilo de crianza negligente caracterizado por la ausencia de sus padres para atender sus necesidades afectivas, así como eventos traumáticos como hospitalizaciones por intervenciones quirúrgicas con secuelas físicas, eventos de acoso en el contexto familiar y callejero, maltrato físico y psicológico de parte de su expareja en el que el más significativo y su motivo de consulta estuvo relacionado a un episodio de estrangulamiento, encontrarse en proceso legal por la denuncia de su expareja agresora, victimización terciaria por parte de sus colegas del servicio hospitalario en el que trabaja, así como la experiencia de ser apoyo de primera línea durante la pandemia de la COVID-19 han repercutido en su nivel de sintomatología y el pronóstico que ha tenido, lo cual ha generado lesiones y secuelas a nivel psicológico que pueden incrementar el riesgo de victimización. En la *Figura 3* se puede ver ilustrada la formulación de caso para esta consultante.

Figura 3. Esquema del mapa clínico de patogénesis para el caso 3, de acuerdo al modelo de formulación de caso propuesto por Nezu y colaboradores (2006)



Caso 4

En este caso, la consultante reporta respuestas de tipo: fisiológico como llanto, insomnio y tensión muscular *“me duele el cuerpo y me dan ganas de aventar cosas”* (SIC pac.); cognitivas: como pensamientos relacionados a inseguridad, desesperación, vergüenza, de autodevaluación, confusión y culpa expresado como *“no quiero que mi hijo sufra, soy culpable por no darle lo que quiere, me siento muy poco, quiero ser tan bonita como otras mujeres, por qué todos los hombres son así, no quiero pasar por lo mismo otra vez”* (SIC pac.) con contenido asociado al conflicto de pareja y su grado de responsabilidad por no poder detener la violencia, sus problemas con sus familiares, su enojo con su pareja por no aportar económicamente con la manutención de su hijo, su valor como madre y conflictos con su siguiente relación de pareja, así como ideas de muerte, problemas de memoria y concentración; variables instrumentales como involucrarse en conflictos familiares por no respetar sus necesidades y no empatizar con sus sentimientos, así como con su nueva pareja incluso hasta llegar a la ruptura de la relación por el temor a que se repitan las agresiones que vivió en su relación previa; así como respuestas emocionales de estrés, enojo, coraje, tristeza y ansiedad.

Estas reacciones se presentan ante estímulos del ambiente como las agresiones ejercidas por su pareja, la principal que reportó estuvo asociada con los celos que él sentía por ella y que la estranguló hasta que perdió la consciencia por tres horas, menciona que su pareja le dijo cuando recuperó el conocimiento *“me dijo que creyó que estaba muerta y estaba pensando en donde aventar mi cuerpo”* (SIC pac.), tener que pedirle apoyo a sus familiares posterior a la separación de la pareja y que ella escapara de su casa, ver fotos de su padre con su nueva pareja de forma inesperada en redes sociales, ver a su hijo triste por no tener los juguetes que ella desearía darle por su falta de recursos económicos, escuchar las comparaciones con otras mujeres que su nueva

pareja le expresó, ver a su expareja con una nueva pareja en el mercado y recibir la noticia del fallecimiento de su abuela, percibido como doloroso e inesperado; así como estímulos de su persona como sentir que es una carga para sus familiares por pedirles alojamiento y recursos económicos para saldar deudas, percibirse como una mala madre que no puede proveer a su hijo de lo que necesita y preocuparse por su futuro, así como los sentimientos de pesar por el duelo de su abuela.

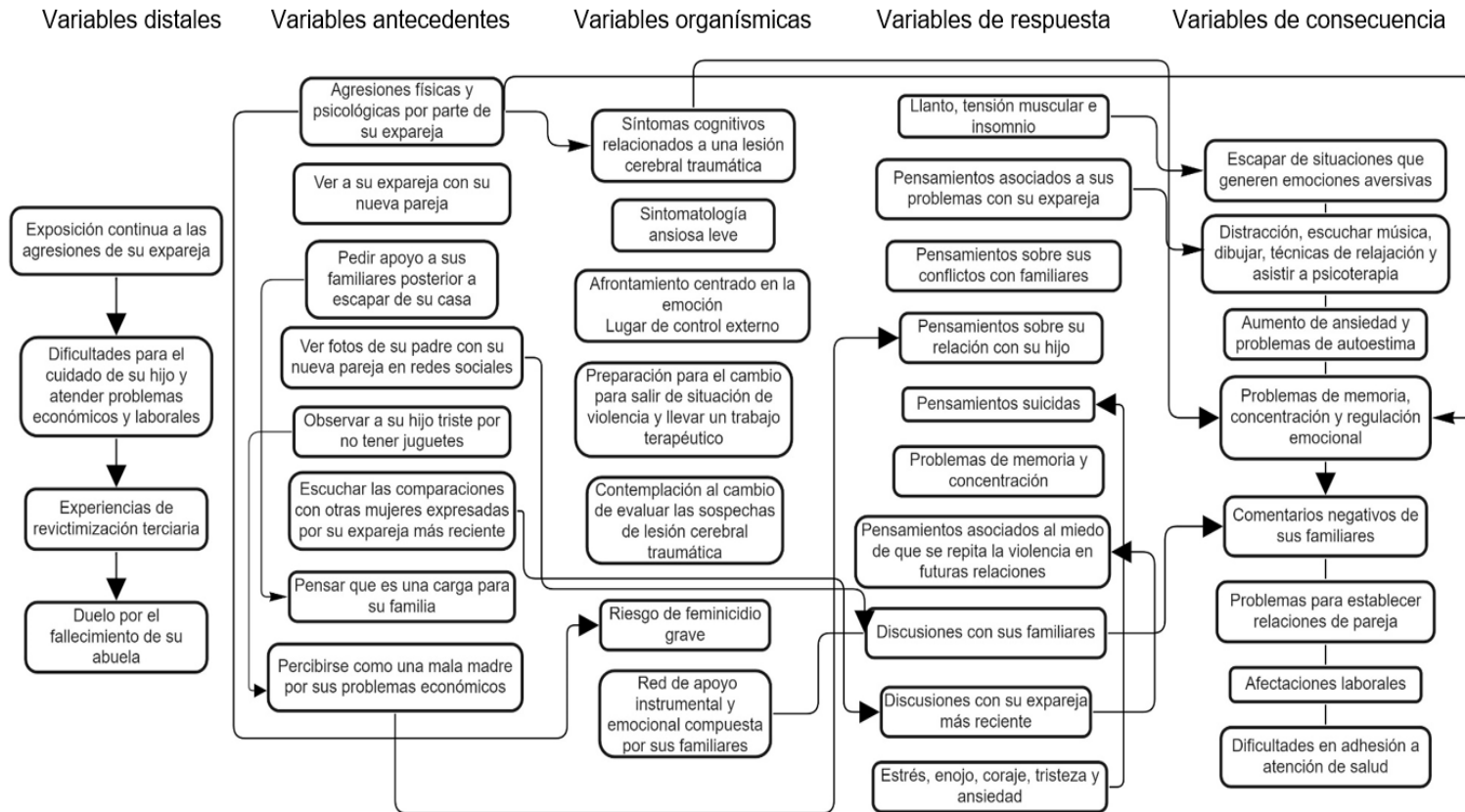
Como consecuencia, menciona que de forma inmediata ha buscado escapar de situaciones que le generan emociones aversivas, identificando estrategias de afrontamiento como la distracción, realizar actividades agradables como escuchar música, dibujar, realizar técnicas de relajación y asistir a su psicoterapia, pero este malestar emocional persiste. A corto plazo, ha tenido problemas de memoria, concentración, ansiedad y autoestima, además que a nivel interpersonal le ha ocasionado problemas con su familia que incluyeron comentarios con juicios y regaños por su falta de regulación emocional y sus reacciones ante los problemas que ha enfrentado, así como problemas en su relación de pareja más reciente por el temor de que las agresiones de la relación previa se repitieran, afectaciones en su trabajo, problemas para acudir a recibir apoyo profesional de una neuropsicóloga cuando se sospechaba de una posible lesión cerebral traumática. A largo plazo, potencialmente podrían generarse secuelas a nivel físico de no estudiarse los efectos neurológicos de las lesiones, que se agraven sus problemas familiares y que eso impacte en el apoyo que la consultante recibe, así como afectaciones en su desempeño laboral con repercusiones a nivel económico.

A nivel orgánico, se identificó a una consultante de sexo femenino, biotipo ectomorfo, edad aparente similar a cronológica, condiciones apropiadas de aseo y aliño, vestimenta acorde a edad, género y estatus socioeconómico, reporta que previo al evento de violencia motivo de consulta, no reportaba antecedentes de problemas médicos

identificados, psicológicamente se observa un nivel de atención orientado en tiempo, lugar, persona y circunstancia, actitud cooperadora durante sus consultas psicológicas, se identificaron problemas cognitivos relacionados al diagnóstico de lesión cerebral traumática (medido con HELPS=4/5), sintomatología ansiosa leve (medido con GAD-7=1/21) y sin consumo de sustancias reportado vía entrevista, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, locus de control externo, en fase de preparación al cambio para dejar su relación de pareja en la que vivió las agresiones y trabajar su regulación emocional, en fase de contemplación al cambio para atender las sospechas de lesiones cognitivas producto de la lesión traumática. En cuanto a las variables sociales relevantes, se identifica que es una paciente con riesgo de feminicidio alto (DA-5=5/5), con educación media superior, desempleada, red de apoyo instrumental y emocional compuesta por sus familiares.

A nivel de variables distales puede decirse que la consultante enfrentó eventos como la exposición continua a las agresiones físicas y psicológicas de su expareja pudo impactar en su malestar emocional, autoestima y su percepción como mujer y como madre, lo cual sumado a las dificultades que ha experimentado para hacerse cargo de su hijo y lidiar con los problemas económicos y laborales, puede estar expuesta a situaciones en las que sea revictimizada, juzgada o invalidada por sus acciones, tal como sucedió al recibir los juicios de sus familiares y las comparaciones, críticas y comportamientos controladores por parte de su pareja más reciente, que además fue afectado por el fallecimiento de su abuela, lo cual suma el impacto del duelo a los malestares de su salud física y mental reportados anteriormente. A continuación, en la *Figura 4* se expone el mapa clínico de patogénesis desarrollado para este caso.

Figura 4. Esquema del mapa clínico de patogénesis para el caso 4, de acuerdo al modelo de formulación de caso propuesto por Nezu y colaboradores (2006)



Caso 5

La consultante presenta las siguientes respuestas: a) fisiológicas: dolor de espalda, pecho y en las manos, llanto frecuente, falta de aire, fatiga, taquicardia, cambios en la temperatura corporal, náuseas, cambio de apetito y pesadillas sobre la situación de trabajo forzado, privación de su libertad y los episodios de violencia física y psicológica; b) instrumentales: comer tortillas, tomar remedios para controlar su malestar físico como el té de muile y productos nutricionales de tipo naturista; c) emocionales: tristeza, ansiedad, enojo y culpa; y d) cognitivas asociadas a la culpa que sentía por dejar a su hijo en la casa de su ex-empleadores, preocupaciones sobre la vida actual de su hijo con énfasis en su autonomía para tomar decisiones y su futuro laboral, así como cogniciones negativas sobre sí misma por estar soltera por la sensación de soledad y abandono asociada.

Dichas respuestas se presentan ante estímulos asociados a la nostalgia de poder estar en contacto con su hijo, así como estímulos asociados a la búsqueda de una pareja íntima y la sensación de soledad por estar soltera.

Estos comportamientos traen como consecuencia de manera inmediata la disminución del estrés y que pueda continuar con sus rutinas diarias aunque también le ha generado desarrollar conductas de riesgo durante crisis emocionales (tales como quitarse el cubrebocas en el transporte público por el llanto, salir sola al parque a medianoche para caminar y relajarse), lo que a mediano y largo plazo ha puesto en riesgo su salud en los momentos de contingencia sanitaria, le llevaron a decidir acudir al hospital por temor a una enfermedad de gravedad, ha impactado en su estado anímico y le han generado problemas interpersonales con sus pretendientes, laborales y familiares, lo cual repercute en su calidad de vida y el mantenimiento de su malestar emocional.

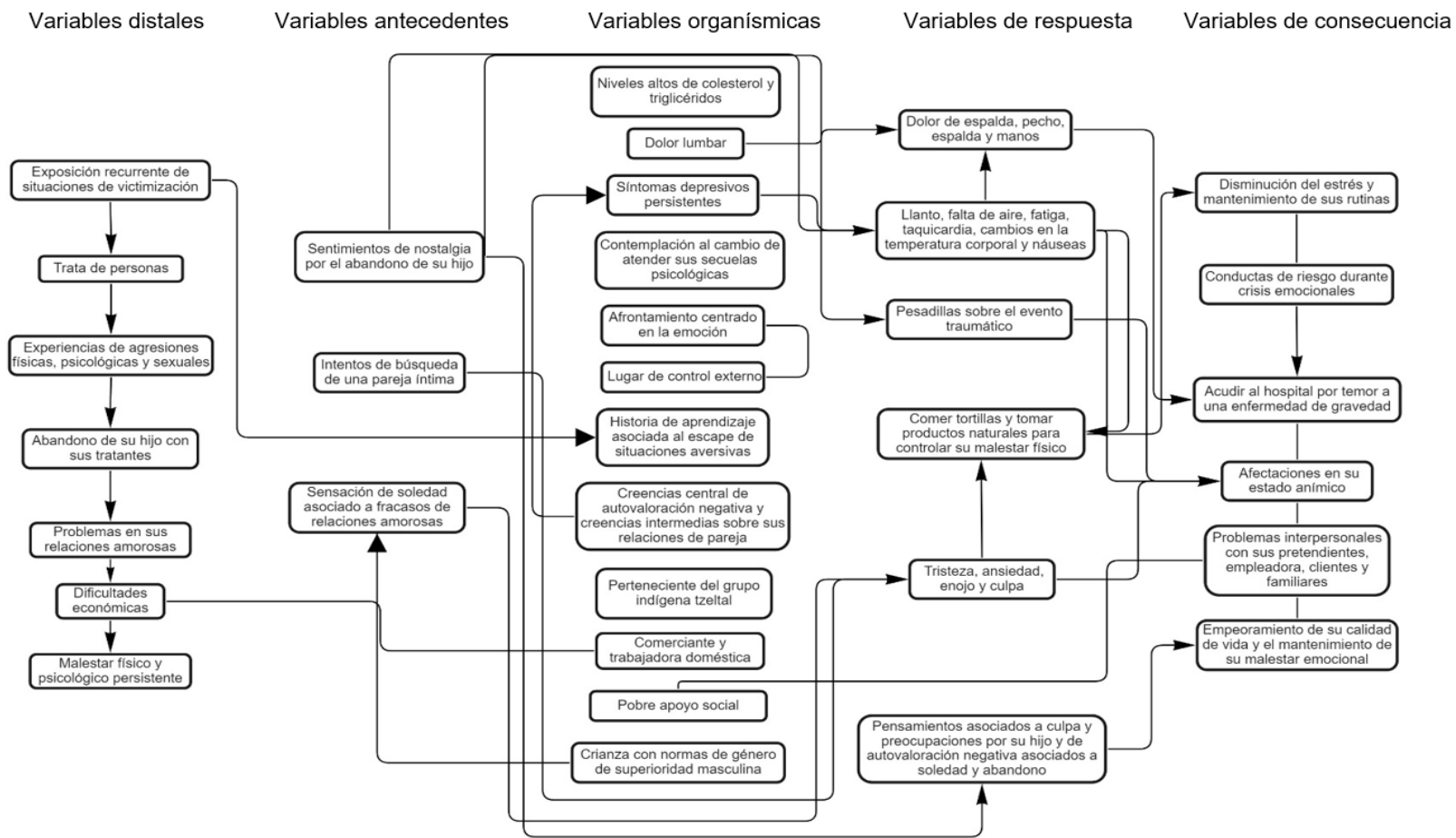
Como variables orgánicas se observa a una consultante de sexo femenino, biotipo ectomorfo, con apariencia acorde a género, edad y condición socioeconómica, con

antecedentes médicos de niveles altos de colesterol y triglicéridos, así como la percepción de malestares físicos asociados a dolor lumbar interpretado por la consultante como “*dolor de pulmón*” (*SIC pac*), lo cual fue descartado por su médico urgenciólogo. A nivel psicológico, se observa atención orientada en tiempo, lugar, persona y circunstancia, actitud cooperadora durante las sesiones de evaluación psicológica, que presenta síntomas depresivos con duración aproximadamente de 15 años, en contemplación al cambio de atender sus secuelas psicológicas de estos eventos adversos, afrontamiento centrado en la emoción, lugar de control externo, historia de aprendizaje asociada al escape de situaciones aversivas, creencias centrales autovaloración negativa y creencias intermedias relacionadas a la importancia de una relación de pareja; a nivel social, se identifica como una persona sin escolaridad, con estatus socioeconómico bajo, perteneciente al grupo indígena tzeltal, situación laboral relacionada al comercio y trabajo doméstico, pobre apoyo social y crianza con normas de género asociadas a la superioridad masculina.

A nivel distal, puede observarse la exposición recurrente a situaciones de victimización como el matrimonio forzado, la experiencia de violencia física de pareja y el ingreso al lugar donde vivió el trabajo forzado, expuesta a formas de agresiones psicológicas y físicas y que si bien pudo escapar de esta situación de explotación, salió sin su hijo con ayuda de su ex pretendiente, lo cual estuvo relacionado a reacciones de culpa por dejar a su hijo con sus tratantes, descubrir que su pretendiente ya tenía su pareja y que no tendría una relación de pareja con ella como se lo imaginaba, encontrarse expuesta a dificultades económicas y recurrir al apoyo de su hermana, enfrentarse a problemas de agresiones psicológicas y de tipo sexual por sus parejas subsecuentes, así como los malestares físicos percibidos han mantenido los síntomas psicológicos presentes hasta el momento en que ingresa al tratamiento psicoterapéutico.

Con base en la entrevista efectuada orientada por criterios de diagnóstico taxonómico del DSM V y CIE-10, la impresión diagnóstica fue de trastorno depresivo persistente de intensidad leve, pues se cumplieron los criterios F 34.1 (A, B, C, D, E, F, G y H) con afectaciones en el área afectiva, laboral, social y de cuidado personal. No se identificaron problemas de consumo de sustancias o riesgo ante el evento de violencia en la entrevista pues la consultante identifica que ante la edad y limitaciones funcionales de sus antiguos empleadores no representan una amenaza para su integridad o la de su hijo, quien hasta el momento permanece trabajando para ellos. En la *Figura 5* se puede observar el mapa clínico de patogénesis desarrollado para este caso.

Figura 5. Esquema del mapa clínico de patogénesis para el caso 5, de acuerdo al modelo de formulación de caso propuesto por Nezu y colaboradores (2006).



Elección del tratamiento psicoterapéutico

Para la elección del tratamiento, al no encontrarse investigaciones que reporten propuestas de intervención inmersas en el departamento de Urgencias Médicas durante la pandemia de COVID-19 tal como se observó en la revisión de la literatura descrita anteriormente, se retomaron algunas recomendaciones de la atención que se brinda a las mujeres sobrevivientes en otros contextos de atención, tales otros servicios clínicos y de asistencia a personas en calidad de víctimas. De acuerdo con reportes nacionales e internacionales se sugiere que las mujeres que experimentaron violencia de género en el momento pasado o actual y presenten problemas de salud mental puedan recibir atención psicológica basada en evidencia de investigación científica (National Institute for Health and Care Excellence [NICE, por sus siglas en inglés], 2014; OPS, 2016), resaltando las aportaciones del modelo cognitivo conductual centrado en el trauma (Okuda Benavides et al., 2019) e incorporando la perspectiva de género como herramienta de análisis (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR, por sus siglas], 2010; Secretaría de Salud, 2009).

Una revisión realizada por el Centro Nacional de Violencia Doméstica, trauma y salud mental de los Estados Unidos (Warshaw et al., 2013; n= 9 estudios) sobre intervenciones centradas en el trauma para mujeres sobrevivientes de violencia en la pareja destaca las intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma desarrolladas por equipos multidisciplinarios de atención a víctimas y orientadas a las necesidades de las sobrevivientes.

Con respecto a la modalidad de tratamiento, se sugiere que el proceso de atención se divida en tres fases (Sanderson, 2013; Romero et al., 2015): a) etapa de seguridad y estabilidad, empleando técnicas de regulación emocional y el trabajo con estrategias de reducción de riesgos; b) etapa de la recuperación del evento traumático, enfocada en el

reprocesamiento de la vivencia de la violencia; y c) fase de crecimiento postraumático, enfocada en aspectos como la generación de nuevas habilidades y la definición de metas orientadas a su crecimiento personal posterior a este evento adverso. Sobre las técnicas de intervención, se aborda el uso de estrategias de psicoeducación, manejo del estrés, la modificación de pensamientos, entrenamiento en habilidades como las medidas de autocuidado, comunicación interpersonal y reducción de riesgos, búsqueda de apoyo social y la promoción de su competencia social. Dichas intervenciones mostraron efectos benéficos en sintomatología de estrés postraumático y depresión al completar el tratamiento y con mejoras que se mantienen en evaluaciones de seguimiento (Warshaw et al., 2013).

Las investigadoras de este estudio (Warshaw et al., 2013) resaltan la necesidad de mejorar la calidad metodológica de la investigación con un mayor control experimental, enriqueciendo las intervenciones con los hallazgos de la neurobiología del estrés, la implementación de los componentes cognitivo conductuales y un énfasis feminista en el empoderamiento y el análisis del contexto social; así como realizar mejoras en la investigación de este tema con el uso de métodos mixtos que incorporen las perspectivas de las usuarias, así como la generación de modelos ajustados a las particularidades culturales y étnicas de sus poblaciones objetivo y las necesidades específicas de las usuarias considerándolas como agentes activas por sus necesidades y vivencias, analizando y procurando reducir actitudes asistencialistas y sesgos sexistas por parte de los intervinientes.

Una revisión sistemática con meta-análisis de la biblioteca Cochrane (Hameed et al. 2020) en la que se evaluaron 33 ensayos controlados (n=5517 mujeres), reporta que en general las terapias psicológicas podrían tener efectos benéficos con un tamaño del efecto pequeño para la reducción de sintomatología depresiva y beneficios con un tamaño

del efecto grande para sintomatología ansiosa a corto plazo, sin encontrarse diferencias significativas en la orientación terapéutica o la formación académica de los terapeutas. No obstante, no se encontraron hallazgos concluyentes en cuanto a autoeficacia, salud mental general, elaboración de planes de seguridad, trastorno por estrés postraumático y reexposición a eventos de violencia en el futuro, así como tampoco se cuenta con información clara en temas de efectos adversos de estas intervenciones, por lo que se resalta la importancia de realizar mayor investigación en estos temas para generar datos más sólidos.

En el contexto nacional, un ensayo controlado aleatorizado de grupos (n=42 clínicas) sobre una intervención proporcionada por personal de enfermería en clínicas de atención primaria a la salud dirigida a mujeres de ingresos bajos en situación de violencia de pareja. En el grupo de clínicas que recibieron la intervención, las participantes recibían una intervención que consistió en una evaluación médica y de las agresiones experimentadas, recibían consejería empática y sin juicios sobre la elaboración de un plan de seguridad y técnicas de reducción de riesgos en su salud, su seguridad ante la posibilidad de futuras agresiones, proporcionaban referencias a servicios gubernamentales gratuitos de atención a la violencia de género y establecían sesiones para repasar las habilidades aprendidas a los tres meses. Para el caso de las clínicas de control, las participantes se presentaban a una evaluación médica y sobre la violencia experimentada, recibían contención emocional y tarjetas de referencia a centros de apoyo, así como sesiones para repaso de las habilidades adquiridas a 3 meses. Los resultados mostraron reducciones en la violencia de pareja en las clínicas de tratamiento y control. En las sesiones a tres meses, las participantes del grupo de intervención reportaron mejoras significativas en calidad de vida asociada a salud mental y en conductas de seguridad (Gupta et al., 2017).

Cabe destacar que estas intervenciones en su mayoría han sido desarrolladas en instituciones de asistencia a pacientes como grupos de apoyo a víctimas de violencia o refugios para víctimas, así como servicios de salud de primer y tercer nivel, principalmente desarrollados en países de ingresos altos en las que las condiciones de investigación clínica distan de las observadas en otros contextos en vías de desarrollo como nuestro país, y en el contexto de la pandemia con las reducciones que se presentaron en la atención a estos temas no considerados de primera línea comparados con la atención a la enfermedad pandémica.

Aplicación del tratamiento

Para el diseño de esta intervención y por su enfoque exploratorio se empleó un abordaje personalizado al caso en cuestión, con énfasis en el primer momento de la intervención centrada en el trauma con la finalidad de que las usuarias tuvieran herramientas para promover su seguridad y la regulación del malestar emocional, y posteriormente proporcionar opciones de canalización para dar continuidad su proceso en instituciones especializadas en atención a víctimas.

A continuación, se describen los componentes diseñados para estas intervenciones:

Para abordar el componente didáctico se utilizó la técnica de psicoeducación (Dobson y Dobson, 2017; Sarkhel et al., 2020; Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] para América Latina y el Caribe, 2020), con la finalidad de abordar la definición y características de la violencia contra las mujeres, entenderse como un problema estructural vinculándose con sus problemas que trae a la consulta y las consecuencias que la victimización ha traído a su estado físico, su salud mental y sus problemas interpersonales. Asimismo, se empleó para explicar la lógica del tratamiento

psicológico y durante los componentes de herramientas terapéuticas, de tal modo que las sobrevivientes pudieran identificar el objetivo de estas habilidades y la forma en que podrían implementarse en su vida diaria.

Para el componente de regulación emocional, se instruyó a las usuarias la técnica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva (Davis et al., 2002; Payne & Donaghy, 2010; Sánchez-Sosa, 2008) para generar una respuesta incompatible con las reacciones de estrés presentadas derivadas de la situación de violencia, así como para que tengan opciones para la desactivación fisiológica en momentos de activación del sistema nervioso simpático. Para una de las consultantes, se recurrió a técnicas de tolerancia al malestar como “STOP” (Linehan, 2020) para eventos de desregulación emocional significativa, con la finalidad de que la usuaria pudiera mantener el control y evitar acciones asociadas a la impulsividad que pudieran ponerla en riesgo.

Para el componente de reducción de riesgos (Okuda Benavides et al., 2019; UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020), se ideaba con las consultantes que presentaron mayor riesgo de victimización la formulación de planes de acción a seguir en caso de enfrentarse a situaciones de riesgos. El objetivo de este componente fue la identificación de recursos personales para guardar la calma, redes de apoyo social con las cuales distraerse y a las cuales pedir ayuda así como sus medios de contacto, se identificaban instituciones de apoyo a víctimas como la línea nacional de emergencias, la línea de la vida y las unidades Lunas para atención a las mujeres que viven violencia de género, así como medidas para generar un entorno seguro de acuerdo a sus necesidades, algunos ejemplos son: trasladarse a lugares de menor riesgo, identificar redes de apoyo con quienes poder alojarse, armar mochilas de emergencia con sus pertenencias importantes o generar claves con sus conocidos o seres queridos para pedir ayuda en caso de emergencia.

En cuanto al componente de solución de problemas (Dobson & Dobson, 2017; UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020), las usuarias que reportaron tener problemas relacionados a su capacidad para afrontar la vida cotidiana, se les explicó la lógica del entrenamiento y los pasos a seguir para tomar decisiones de manera planificada, de tal modo que identificaran sus problemas prioritarios definiendo el objetivo de su plan de solución de problemas, identificaran medidas personales y ambientales que pudieran emplear para enfrentar problemas y pusieran en práctica planes de acción delimitados para afrontar dichos eventos.

Para una usuaria se implementó el componente de programación de actividades gratificantes (Dobson & Dobson, 2017; Miranda et al., 2006; UNFPA Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas de América Latina y el Caribe, 2020), pues identificaba que los cambios en su estado de ánimo repercutían en la realización de pasatiempos y en su desempeño laboral, por lo que se instruyó en la relación de la elección de conductas de agrado y dominio con los cambios en su estado emocional, y de forma conjunta se identificaron conductas a realizar en su vida diaria y en momentos de malestar emocional.

En el caso del componente de modificación de pensamientos (CNEGSR, 2010), se empleó la técnica de reevaluación cognitiva para que aquellas consultantes que identificaron que sus pensamientos distorsionados, negativos o disfuncionales interferían con su funcionamiento pudieran generar pensamientos equilibrados y realistas sobre sí mismas, las emociones y pensamientos relacionadas a las experiencias de violencia, su autonomía y los recursos con los que contaban para enfrentar problemas.

Por último, para el componente de prevención de recaídas (CNEGSR, 2010), se repasaron y reforzaron los contenidos vistos durante las sesiones de intervención para identificar las habilidades adquiridas por las sobrevivientes en caso de presentar

problemas en el futuro, mediante la imaginación de situaciones ficticias en las que la persona tuviera que describir las acciones que llevaría a cabo para afrontar cada caso.

En la *tabla 2* se identificaron las acciones específicas que se realizaron en cada uno de estos componentes:

Tabla 2.

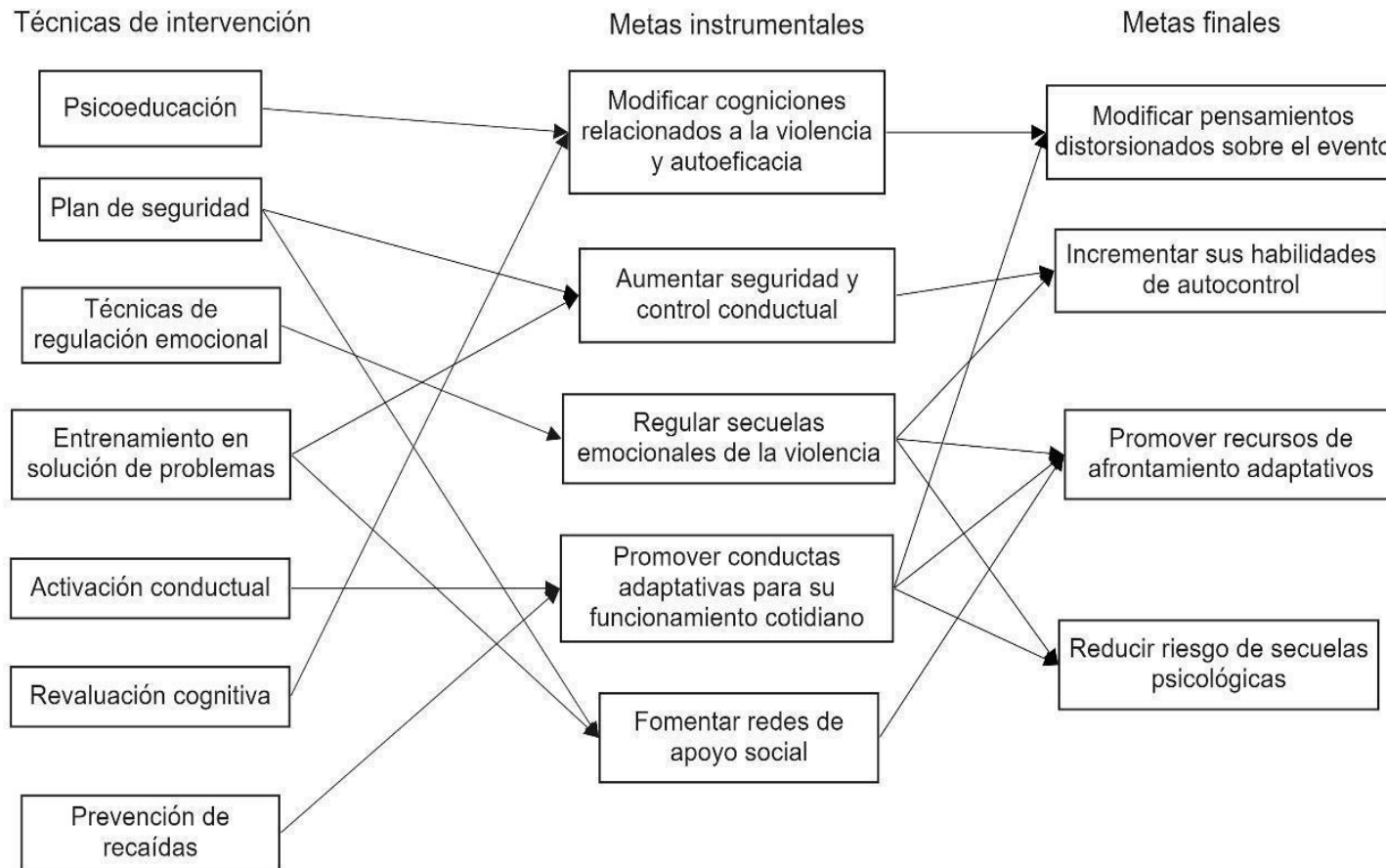
Componentes de intervención del tratamiento psicológico, especificando los objetivos y técnicas utilizadas para cada elemento de la intervención.

Componente	Objetivo general	Objetivos específicos	Técnicas utilizadas
1. Explicación sobre la violencia y salud mental	Proporcionar a la consultante información sobre la violencia contra las mujeres y su relación con su motivo de consulta	Identificar el concepto de violencia contra la mujer Describir su clasificación y ejemplos comunes de los tipos de violencia Explicar las consecuencias de estas agresiones en su salud física, mental y social Explicar el ciclo de violencia Reforzar las acciones de la consultante por buscar mejorar su seguridad y atender su salud	Psicoeducación
2. Seguridad y reducción de riesgos	Identificar de forma conjunta medidas de seguridad y reducción de riesgos asociados a la violencia contra la mujer	Se explicará la búsqueda de opciones de seguridad y reducción de riesgos como un medio para buscar mayor seguridad y autonomía. Se identificarán recursos personales, ambientales, interpersonales e institucionales para promover su seguridad	Evaluación de riesgos Formulación de plan de seguridad
3. Regulación emocional	Dotar a la consultante de estrategias de desactivación fisiológica para secuelas psicológicas asociadas al estrés	Explicar importancia de la identificación, normalización, expresión y regulación de las emociones Identificar los rasgos más importantes de las estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas Instruir a la consultante en al menos una estrategia de regulación emocional	Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva Estrategia STOP
4. Resolución de problemas cotidianos	Generar con la consultante alternativas para solucionar problemas cotidianos	Explicar la relación entre la solución de problemas y los cambios en su estado de ánimo. Definir los problemas prioritarios para trabajar Identificar alternativas de solución de problemas Seleccionar las opciones más alcanzables para el diseño de un plan de acción	Entrenamiento en solución de problemas

5. Planificación de actividades	Implementar actividades de agrado y dominio gratificantes ante las emociones y pensamientos negativos	<p>Explicar la relación entre las actividades realizadas y su relación con los pensamientos y estado de ánimo</p> <p>Identificar actividades a implementar, eligiendo actividades de agrado y dominio</p> <p>Monitorear las actividades realizadas y los cambios efectuados</p> <p>Realizar ajustes pertinentes de acuerdo a las necesidades de la consultante</p>	Activación conductual
6. Modificación de pensamientos	Modificar los pensamientos distorsionados, negativos y desequilibrados asociados a la experiencia de violencia	<p>Explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta</p> <p>Identificar los pensamientos relacionados a la experiencia de violencia</p> <p>Presentar mitos de la violencia contra las mujeres</p> <p>Generar pensamientos alternativos sobre sí misma, los otros y el futuro</p>	Revaluación cognitiva
7. Prevención de recaídas	Reforzar habilidades adquiridas por la consultante durante el tratamiento psicológico	<p>Brindar información sobre las recaídas en los procesos de cambio conductual</p> <p>Imaginar situaciones cotidianas con problemas psicológicos identificados por la consultante</p> <p>Identificar estrategias de afrontamiento a estas situaciones</p> <p>Realizar planes de acción en caso de la aparición de estos problemas</p>	Prevención de recaídas

Además, la *Figura 6* presenta un esquema general del mapa de alcance de metas que especifica la lógica del tratamiento, detallando la articulación entre las metas instrumentales y finales del tratamiento con las técnicas de intervención aplicadas.

Figura 6. Esquema del mapa de alcance de metas general desarrollado para las intervenciones. *Nota:* Este mapa se realizó siguiendo el procedimiento para el mapa de alcance de metas de la formulación de caso descrito por Nezu y colaboradores (2006).



En el caso de las consultantes atendidas, las sesiones tuvieron un rango de una a 15 sesiones semanales con un rango de duración de entre 40 a 50 minutos cada una, llevadas a cabo en el periodo de mayo de 2021 a marzo de 2022. El formato de aplicación fue híbrido (vía presencial en el consultorio del hospital y vía llamada telefónica) de acuerdo con los cambios del semáforo epidemiológico nacional.

Los componentes de tratamiento administrados para cada consultante pueden revisarse en la *Tabla 3*.

Tabla 3.
Componentes de tratamiento administrados en las sesiones psicológicas de cada consultante

Componentes de tratamiento administrados para las sesiones psicológicas de cada consultante								
Consultante	1	2	3	4	5	6	7	Número total de sesiones
1	1	2						3
2		1						1
3	1		4	1				6
4	1		2	2		2		7
5	3	1	3	2	3	1	2	15

Nota. Las filas especifican a cada consultante y las columnas refieren las sesiones empleadas para la aplicación de cada componente, la última columna refiere el conteo total de sesiones. Cabe mencionar que los componentes se proporcionaron en el orden de aplicación señalado.

Factores interpersonales de la terapeuta

Además de las características técnicas de los componentes descritos previamente, se buscó que la terapeuta responsable de administrar los tratamientos siguiera las recomendaciones basadas en la investigación sobre factores interpersonales para promover una relación terapéutica apropiada con los consultantes, los cuales de acuerdo a Norcross y Lambert (2018) incluyen la generación de una alianza de trabajo, colaboración, consenso en las metas, empatía, consideración positiva y afirmación, así como fomentar la retroalimentación mutua durante el tratamiento considerados como demostrablemente efectivos; además de factores como la congruencia, relación real, expresión emocional, fomentar expectativas positivas, promover la credibilidad del

tratamiento y el manejo de las tensiones terapéuticas, tales como la transferencia, contratransferencia y la reparación de alianzas terapéuticas como elementos ponderados como probablemente efectivos. Para su aplicación, se siguieron las recomendaciones descritas por Cormier y colaboradores (2009), quienes ofrecen pautas específicas a seguir para transmitir estos factores dentro de la práctica clínica.

En cuanto a las características académicas de la terapeuta, las intervenciones fueron llevadas por una estudiante de la maestría en Psicología entrenada en la atención psicológica a pacientes de Urgencias Médicas, que contaba con entrenamiento en terapia cognitivo conductual llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM y el HGMGG, además de formación en perspectiva de género mediante un seminario teórico de género, sexualidad y diversidad sexual, dos cursos en línea de la OPS y de la Iniciativa Spotlight de la ONU Mujeres. Además, se buscó la asesoría y trabajo conjunto con abogadas defensoras con experiencia en la atención legal a mujeres sobrevivientes de violencia con la finalidad de conocer sobre el proceso legal que podrían enfrentar y tenerlo como una opción a ofrecer con las consultantes que quisieran recibir asesoría legal, dichas abogadas pertenecían a la Red de Abogadas Feministas de México.

Para cuidar la adhesión al tratamiento en las consultantes y de acuerdo a la literatura de investigación sobre la atención en casos de violencia, se buscó que los tratamientos fueran diseñados de acuerdo a la violencia experimentada, tomando en cuenta su nivel de riesgo y sus objetivos personales buscando priorizar la elección de tratamientos de duración breve y enfocados a necesidades prioritarias (OPS, 2016; UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020), así como coordinar que las sesiones psicoterapéuticas coincidieran con sesiones de seguimiento médico para aumentar la probabilidad de asistencia de las usuarias.

La programación de las sesiones se estableció de acuerdo con la disponibilidad de cada consultante, para este fin se proporcionó un número telefónico de atención con la finalidad de coordinar los horarios y días de las sesiones, cada consultante recibía dos recordatorios semanales vía WhatsApp tres días previos y el día de su consulta psicológica para asegurar su asistencia siempre verificando que este contacto fuera seguro y no expusiera a la consultante a posibles agresiones. Asimismo, en caso de inasistencias o retardos, se buscó negociar cambios en la agenda de forma flexible para asegurar que pudieran asistir (Sanderson, 2013), dejando como límite cinco sesiones en las que se presentara alguna de estas eventualidades.

Debido a las medidas sanitarias emitidas por la Universidad Nacional Autónoma de México y por el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para contener los contagios por COVID-19, no fue posible contar con co-terapeutas por las restricciones de asistencia de los estudiantes, incluso la terapeuta encargada tuvo que solicitar un permiso extraordinario con ambas instituciones para poder realizar actividades presenciales mientras se mantuviera un riesgo de contagio moderado (semáforo naranja) bajo acuerdo del correcto uso de medidas de bioseguridad y acatamiento de los cambios en los lineamientos de asistencia acordes al semáforo epidemiológico. No obstante, al no contar con otros estudiantes que pudieran apoyar como observadores de la intervención, los retos enfrentados durante la práctica clínica fueron gestionados durante sesiones semanales de supervisión clínica, para asegurar que las dificultades presentadas durante las intervenciones no interfirieran de forma negativa en la relación terapéutica.

Efectividad y eficiencia de la intervención

Dada la naturaleza del problema psicosocial y las particularidades que cada consultante presentó, no fue posible obtener los datos pertinentes para realizar análisis cuantitativos, por lo que se recurrió a un reporte descriptivo de los hallazgos del proceso de intervención para cada caso.

De las cinco consultantes identificadas que fueron captadas para el tratamiento, cuatro de ellas concluyeron el proceso de evaluación, pues el caso 1 fue derivado a una institución especializada para atender el consumo de sustancias.

Dentro de la fase de intervención, tres de las consultantes desertaron del tratamiento (el caso 2 por inasistencias injustificadas repetidas, el caso 3 por cambios en su motivo de consulta ajenos a la intervención objetivo de este trabajo; y para el caso 4 por cambios en el servicio de atención psicológica) y una concluyó con su proceso terapéutico y con fase de seguimiento (caso 5). A continuación se describen las observaciones registradas de las sesiones psicoterapéuticas, profundizando en los obstáculos enfrentados durante la práctica clínica.

Caso 1

En el caso de la primer consultante, posterior a las sesiones de evaluación psicológica, se buscó desarrollar un plan de seguridad en el cual identificó como estrategias personales realizar ejercicios de respiración y pasar tiempo con sus hijos haciendo pasatiempos para regular sus emociones en momentos estresantes, mantenerse en casa de sus padres para evitar la interacción no deseada con su expareja como medida de seguridad, así como mantenerse en contacto con sus familiares y vecinos en caso de emergencia por medio de llamadas y llamados de auxilio, además se

le proporcionaron números de emergencia de servicios gubernamentales que brindan atención a mujeres que vivieron violencia.

Con base en la información recopilada durante la evaluación, se observó que el consumo de bebidas alcohólicas e inhalantes era de riesgo moderado mediante el instrumento ASSIST, lo cual podría interferir con su desempeño durante la intervención, la consultante expresó que deseaba continuar su relación de pareja aún con los riesgos que involucraba para su seguridad argumentando que así se sentiría protegida de las amenazas del pretendiente que se acercó a ella semanas previas, además que no se identificaron redes de apoyo profesionales comunitarias cercanas a su localidad que complementarían la intervención en caso de emergencia, identificando que los refugios y servicios de apoyo identificados le quedaban a 90 minutos aproximadamente de su domicilio; además que se identificó que el consumo estaba asociado a la presencia de su pareja agresora que le daba las sustancias que le pedía, por lo cual se anticipó que era posible que el consumo pudiera incrementarse, por lo que se brindó psicoeducación sobre violencia contra las mujeres, se habló sobre las manifestaciones de la violencia asociándolas con las situaciones que mencionó en las entrevistas, además se mencionaron las consecuencias que podría generar en su estado de salud, el impacto que podría tener el consumo de sustancias vinculado con la violencia de pareja y la importancia de contar con redes de apoyo, por lo que se abordó en conjunto las opciones de canalización con servicios de apoyo a nivel gubernamental que atendieran el consumo de sustancias y que estuvieran sensibilizados para atender la violencia contra las mujeres.

Además, se ampliaron las habilidades de respiración lenta que se vieron en la sesión de primera vez como estrategias de contención emocional, instruyendo la función de los recursos de afrontamiento al estrés y se proporcionó el entrenamiento en respiración diafragmática, por último, se dejó cita abierta en caso de ser necesario.

Caso 2

Para el caso dos, durante la primera sesión se realizó la evaluación psicológica descrita previamente y se estableció un plan de seguridad en el que identificó que podía escuchar música, realizar ejercicios de respiración lenta y llamar a dos de sus amistades como estrategias para regular sus emociones en momentos de tensión, mantenerse en contacto con sus familiares para recibir apoyo emocional y material, así como establecer una clave con sus vecinos para pedir auxilio para situaciones de emergencias, buscar evitar conflictos de pareja, tomar distancia de la persona agresora dirigiéndose a zonas seguras en caso de futuras agresiones y recibir apoyo profesional para tomar decisiones para buscar su seguridad y su autonomía, contar con una mochila con artículos esenciales en caso de tener que abandonar su casa de forma rápida y disponer de datos de contacto de servicios especializados en atención a la violencia de género.

No obstante, la consultante no se presentó a las siguientes sesiones psicológicas y no respondió a los mensajes de recordatorio hasta que ameritó la baja del servicio y que cesaran los esfuerzos por mantenerse en contacto. Meses después, la consultante contactó al servicio psicológico por el teléfono de atención a pacientes para referir que su pareja y agresor había fallecido semanas previas por neumonía y COVID-19 grave, debido a esto se encontraba en proceso de duelo, experimentando episodios de llanto, fatiga, tristeza y añoranza por la persona fallecida. Menciona que al momento no recibía otro tipo de atención psicoterapéutica pero tampoco identificaba necesidades personales por atender en el momento de su llamada, mencionó que el motivo del contacto telefónico era para que su hijo recibiera atención psicológica, por lo que se proporcionaron datos de canalización de servicios gubernamentales de psicología pediátrica y se dejó cita abierta en caso necesario.

Caso 3

En el caso tres, se inició el tratamiento instruyendo a la consultante en conceptos clave sobre violencia contra las mujeres, sus manifestaciones, el ciclo que mantiene la violencia, asimismo se habló sobre las consecuencias y la consultante expresó el proceso que llevó durante los meses posteriores para recuperar su tranquilidad, funcionalidad y acercarse a sus redes de apoyo así como los obstáculos enfrentados debido a las secuelas emocionales de la violencia y el impacto del COVID en el personal de salud de primera línea.

Durante las siguientes sesiones se puso en práctica el componente de habilidades de regulación emocional para contener varias crisis emocionales que había estado presentando durante las primeras semanas mediante el entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática acompañada de la estrategia STOP para aquellos casos en los que presentaba una respuesta de estrés exacerbada y difícil de manejar; así como la relajación muscular progresiva en un formato breve para promover la desactivación fisiológica por medio de la distensión muscular. En este componente la paciente fue capaz de realizar los pasos del procedimiento para estas técnicas, logró identificar las diferencias entre sus reacciones en momentos de estrés y relajación, así como logró realizar estos ejercicios durante esas semanas, por lo menos una vez fuera de la terapia y especialmente durante estos momentos de crisis antes mencionados. Uno de los obstáculos más importantes enfrentados por la consultante en esta fase fue recibir su informe psicológico-forense de parte del ministerio público para su investigación legal, el cual expresaba que, según las pruebas obtenidas, la consultante no presentaba secuelas psicológicas posteriores al evento de violencia experimentado.

Hasta ese momento las evaluaciones realizadas para la sintomatología ansiosa y depresiva como monitoreo del proceso de sus sesiones indicaron niveles de intensidad

moderada para ambos casos (GAD-7 (x)=13 y PHQ-9(x)=15), las puntuaciones de depresión parecían disminuir y la sintomatología ansiosa se mantenía similar, sin embargo, no se cuentan con más evaluaciones de comparación.

Durante la última sesión, se inició con la identificación de cogniciones relacionadas con rasgos histriónicos de personalidad que podrían interferir con conductas de seguridad en su espacio de trabajo, cuando de forma inesperada le llamaron para informarle que volvería a trabajar en el espacio de trabajo que compartía con su expareja y agresor debido a que había expirado la vigencia de sus medidas de protección, ante esta situación acudió al ministerio público correspondiente para realizar el trámite para actualizar estas medidas ante el riesgo percibido de volver a compartir espacios con esta persona, como consecuencia experimentó reacciones de ansiedad agudas que fueron contenidas por el personal de psicología del ministerio público, se le refirió al Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” como urgencia psiquiátrica por la sintomatología ansiosa presentada y posteriormente fue derivada al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” por ideación suicida posterior a la recepción de este informe. Se encontró internada en el hospital por un mes, a su egreso le asignaron farmacoterapia y psicoterapia como tratamiento de seguimiento.

Dos meses después de su última la última sesión fue posible tener una sesión psicológica con la consultante, quien ante la situación experimentada expresó querer continuar únicamente con el programa de tratamiento llevado en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y solicitó el apoyo del programa de Psicología de Urgencias para la elaboración de un informe psicológico, emitido en agosto del 2022, para apoyar su defensa legal con la solicitud de una revisión de su informe psicológico forense alegando evidencias de las secuelas psicológicas identificadas por nuestro servicio psicológico y de la atención recibida en el hospital psiquiátrico. Además, se encontraba en proceso de

emitir una denuncia ante la Comisión de Derechos Humanos por las medidas tomadas por sus jefes de su servicio hospitalario sin tomar en cuenta los riesgos que pudieron representar para la consultante.

Caso 4

Para el caso de la consultante cuatro, las sesiones iniciaron instruyendo a la paciente sobre la violencia contra las mujeres, sus manifestaciones y características, el ciclo de la violencia y las consecuencias que pueden traer para las sobrevivientes, en este punto la consultante expresó que notaba los cambios en su autoestima, los pensamientos de dependencia y las alteraciones de estrés ante los problemas de pareja así como las secuelas en su concentración, toma de decisiones, regulación emocional y memoria que se desarrollaron posterior al episodio de agresión con estrangulamiento, por lo que se aplicó la evaluación de tamizaje de lesión cerebral con resultados positivos (HELPS=4/5) que ameritaron que se corroborarán las sospechas con una valoración neuropsicológica antes de canalizarla con servicios especializados. Además, se identificó que se encontraba en un riesgo alto de violencia, pero afortunadamente al momento de la atención psicológica se encontraba fuera de riesgo al no mantener contacto con su agresor, regresar a casa de sus padres y el expresar que ambos no habían intentado contactarse posterior al evento de agresión, lo cual se confirmó con el paso de las sesiones.

En las siguientes dos sesiones, se habló sobre las estrategias de afrontamiento al estrés, en donde identificó estrategias como distraerse, cantar, escribir sobre sus sentimientos y hablar con personas de su confianza para desahogarse. Además, se instruyó en técnicas de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva, las cuales fueron realizadas por la consultante durante estas sesiones, le permitieron

identificar que pudo disminuir su estrés de la semana asociado a encontrarse con su expareja con su nueva novia y a conflictos familiares por descubrir que su padre tenía otra familia así como peleas con sus hermanos menores, incluso siendo capaz de aplicarlas durante el periodo entre sesiones y notando su efecto para la desactivación fisiológica y que le permitía identificar opciones alternativas para enfrentar los estresores del momento, aunque con problemas relacionados a las discusiones que mantenía con sus familiares o a pensamientos negativos sobre sí misma que interferían con su capacidad para hacer los ejercicios.

Además, se instruyó en el modelo de solución de problemas enfocado a necesidades específicas como identificar opciones para pedir un préstamo de recursos económicos a su familia para terminar de pagar unas compras que dejó en su antiguo domicilio y no deseaba recuperar. Al respecto identificó opciones como elegir familiares que fuera más probable que pudieran prestarle dinero (como sus padres), pedirles este favor de manera clara, indicando el producto que necesitaba liquidar y la incapacidad que tenía para recuperarlo, la cantidad de dinero que tenía y que le faltaba para cubrir el costo total, identificando creencias asociadas a sentirse una carga y experimentando vergüenza por recurrir a ellos, aun así estando dispuesta a resolver el problema actual y comprometiéndose a buscar medios para pagarles.

Por último se abordó en una sesión la reevaluación de pensamientos asociados a los mitos sobre la violencia y trabajando su autoestima y valor como madre, identificando que manifestaba cogniciones negativas como *“si fuera más guapa, estuviera más buena esto no pasaría, quiero ser como las otras mujeres, por qué permití que pasara, por qué todos los hombres son así, soy culpable por no darle a mi hijo lo que quiere, no quiero que sufra, me siento muy poco”* (SIC pac.), lo cual se abordó cuestionando la interpretación distorsionada de la situación y buscando transformar a pensamientos equilibrados y

adaptativos generados por la consultante, tales como *“a todas las mujeres nos puede pasar la violencia, no soy culpable de las acciones de mi expareja, ninguna cosa justifica los golpes, soy bonita y una gran persona pero el maltrato me afectó [mi autoestima], no tengo mucho dinero pero le doy tiempo a mi hijo, juego con él y lo llevé a un lugar seguro”* (SIC pac.).

Como obstáculos, se presentaron problemas relacionados a retardos constantes en un rango de 40 a 90 minutos posteriores a la hora de inicio de sesión, así como dificultades para establecer horarios para la evaluación neuropsicológica, relacionados a que no se presentó a la evaluación vía videollamada en diferentes ocasiones, por lo que se reforzó el encuadre terapéutico haciendo esfuerzos para negociar cambios en beneficio de las necesidades de la consultante y su adhesión al tratamiento enfatizando la necesidad de cubrir una evaluación completa para descartar riesgos y secuelas en el futuro, pues la consultante reportaba sentirse interesada de continuar con el tratamiento por sentirse satisfecha con los avances percibidos hasta ese momento, no obstante, dejó de presentarse a las sesiones de atención psicológica aunque confirmaba los recordatorios telefónicos hasta acumular los necesarios para ameritar la baja del servicio. Posteriormente, dos meses después de la baja del servicio contactó a la terapeuta para pedir apoyo por síntomas de duelo posteriores al fallecimiento de su abuela, mencionaba que en ese momento su prioridad era atender únicamente estas reacciones y no abordar componentes asociados a la situación de violencia que vivió, por lo que atendiendo a esta petición, se le brindó acompañamiento breve para duelo, se proporcionaron datos de contacto para atender en un futuro las secuelas propias de la situación de violencia que vivió y se le dejó cita abierta en caso necesario.

Caso 5

En el caso del caso cinco, la consultante inició su tratamiento con una psicoeducación sobre la trata de persona en sus modalidades de trabajo y matrimonio forzados con su relación con la violencia contra las mujeres, aclarando los tipos de violencia y sus consecuencias, así como resaltando medidas para el autocuidado durante el tratamiento. Al respecto se utilizaron presentaciones de *PowerPoint* breves, dividiendo en bloques la información expuesta para fines de claridad en la presentación, priorizando el uso de imágenes que pudieran ayudar en la comprensión de los conceptos, dando ejemplos sobre los temas tratados y pidiendo la retroalimentación de la consultante para asegurar que se haya entendido la información.

En su caso se incluyó además un componente psicoeducativo de uso correcto de condón masculino debido a que reportaba tener encuentros sexuales con los pretendientes que tenía y desconocía su modo de uso, reconociendo que usaba únicamente medicación anticonceptiva como medida de protección de su salud sexual y reproductiva, lo cual la exponía a riesgos como las infecciones de transmisión sexual y se mantenía un margen de probabilidad de un embarazo no planificado. Se proporcionó una serie de pasos para su colocación, medidas de cuidado de estos dispositivos de barrera y se utilizó un modelo para que se practicaran los pasos expuestos en las sesiones; al respecto la consultante fue capaz de enlistar los pasos de su uso y pudo realizar una colocación correcta en el modelo en dos ocasiones. Además, se abordaron componentes de negociación asociados a identificar argumentos para negociar su uso en situaciones que ha enfrentado en los encuentros sexuales con sus pretendientes. Al respecto identificó algunas barreras sobre creencias de sus pretendientes relacionadas a que una pareja exclusiva no debería usar condón o que estos preservativos no se ajustaban adecuadamente al cuerpo de su pareja, ante lo cual se discutió en conjunto algunas

razones para combatir estos argumentos y se le pidió a la consultante que simulara encontrarse en una conversación con sus parejas y que ella expresara estos argumentos de manera clara y asertiva.

Además, la cuarta sesión se abordó un plan de seguridad pues reportó que experimentó episodios de acoso mientras trabajaba como vendedora que podrían afectar su desempeño durante la terapia, por lo que identificó que pedirle a sus agresores que pararan sus comentarios, alejarse de la zona y acercarse con otros transeúntes que pudieran inhibir la conducta de la persona agresora o apoyarla para hacer eco de sus reclamos, evitar calles solitarias por las noches, pedir auxilio al personal de policía y realizar técnicas de respiración para calmar su estrés podrían ser algunas estrategias para reducir la probabilidad de futuros episodios.

Posteriormente se dio paso al componente de regulación emocional en el cual la consultante pudo reconocer las emociones experimentadas y analizar la situación en que se presentaron, identificó que escuchar música, bailar, llamar por teléfono a su tía y pasar tiempo con su hermana fueron recursos de afrontamiento adaptativos que le permitieron disminuir reacciones de distrés, asimismo se instruyó en técnicas de relajación basadas en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, técnicas elegidas por la practicidad de aplicación para asegurar que el procedimiento fuera comprendido y puesto en práctica. La consultante pudo realizar estos ejercicios durante las sesiones y realizarlas al menos una vez durante su semana, mencionó que el ejercicio le ayudaba mucho a encontrar un estado de calma, dormir mejor al inicio de su horario de sueño y con el paso de las sesiones pudo disminuir la intensidad del malestar de su espalda.

Para el caso del componente de solución de problemas, las siguientes dos sesiones analizó que su prioridad era encontrar medios de ingreso para pagar su renta y enviar dinero a su hijo cuando le fuera posible, identificó que su prioridad era trabajar

como empleada doméstica y los días libres vendería dulces y sus blusas artesanales, identificó los productos que eran más fáciles de transportar y los preferidos por sus clientes, así como definió horarios para trabajar y poder regresar a casa para dormir al menos 6 horas, procurando moderar la cantidad de blusas en las que debía trabajar para no saturarse y desvelarse.

Para el componente de programación de actividades agradables, se revisó de forma conjunta la relación entre las actividades realizadas con los cambios en estado de ánimo, en el que la consultante identificó que cuando se la pasaba pensando acostada en su cama, lloraba, se ponía muy triste y perdía las ganas de trabajar; y en el caso contrario, cuando hacía actividades podía distraerse, hablar de cosas que le gustaban, hacer bromas y pensaba menos tiempo aquellos recuerdos que le generaban tristeza. Identificó que actividades como escuchar música como canciones tipo baladas y rancheras, hablar con sus familiares, pasar tiempo con su hermana y su sobrina, ver bailarines de zumba y hacer sus blusas artesanales le ayudaba, por lo que se intentó que registrara las actividades realizadas y el nivel de malestar que sentía, así como que implementara estas actividades en su semana, logrando aplicar el escuchar música, bordar sus blusas y pasar tiempo con sus familiares como actividades de agrado y dominio en su rutina semanal. Se comentarán algunas observaciones al respecto de los registros al final del caso.

Casi al cierre del tratamiento, se abordó la reevaluación de pensamientos negativos, en los que se abordó que las conductas y apariencia de las mujeres no justificaba la violencia vivida o su valor como persona, que sus necesidades eran válidas y que podían ser expresadas en sus relaciones de pareja así como las dificultades que presentan las y los sobrevivientes de trata de personas para salir de estas situaciones de maltrato y coerción relacionado a que su hijo sigue en la casa de sus empleadores

tratantes pero ella no deseaba denunciarlos por su edad y esperando a que su hijo saliera por su cuenta. La consultante expresaba pensamientos “*estoy fea, todos los hombres me usan y nadie me va a querer... mi hijo está sufriendo en esa casa* [refiriéndose al lugar de trabajo donde se encontraba con los tratantes] *pero no quiere salirse y trabajar por su cuenta*” (SIC pac), los cuales se trabajaron usando metáforas y preguntas para considerar pensamientos alternativos que cambiaron sus cogniciones a “*todos los días me esfuerzo, trabajo y yo he podido salir adelante sola, merezco alguien que me quiera y respete... mi hijo está como yo hace unos años* [refiriéndose a las creencias de dependencia e indefensión de las víctimas de trata de personas], *pero le ayudaré cuando salga y le voy a mostrar que puede salir adelante*” (SIC pac.).

Finalmente, se trabajó el componente de prevención de recaídas al espaciarse las sesiones en periodos bimensuales, en el cual se plantearon escenarios en los cuales la consultante tenía que expresar cómo enfrentar retos que presentó durante la terapia. Identificó que ante el malestar iba a recordar que debía ser paciente y apoyar a su hijo a sus posibilidades mientras se encontrara en el contexto de trabajos forzados, hablar con sus familiares, respirar, escuchar música y cantar, así como defender sus derechos y necesidades en sus relaciones de pareja le permitirían enfrentar los retos cotidianos, por último se verificó que recordara los pasos para realizar los ejercicios de respiración y se dejó cita abierta.

Si bien la consultante concluyó los componentes diseñados para la intervención, se presentaron problemas para el monitoreo de síntomas y actividades gratificantes relacionados a problemas en la comprensión de las instrucciones de los formatos de registro y dificultades de la profesional para ajustar los formatos a las necesidades de la consultante, intentando generar formatos con frases cortas y sencillas, listas de chequeo y se buscó que la consultante proporcionará informes vía audiograbaciones de WhatsApp

para ser revisados durante la sesión terapéutica y poder otorgar retroalimentación a la consultante sin llegar a los resultados deseados. Además, durante las evaluaciones posteriores al tratamiento, se buscó replicar las entrevistas semiestructuradas dirigidas a la detección de síntomas depresivos para buscar alcanzar el criterio taxonómico de remisión de síntomas.

Discusión

El objetivo de este escrito fue describir la experiencia de la adaptación de las recomendaciones de la investigación científica actual en la atención a víctimas de violencia en el contexto de la pandemia de COVID-19 y su aplicación en los casos clínicos de mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en el departamento de Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el contexto de la contingencia sanitaria en México.

De acuerdo con la experiencia reportada, puede notarse que en este hospital se detectaron casos de violencia de género y el desarrollo de problemas concomitantes de salud mental que planteó la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios capacitados y sensibilizados para atender a mujeres sobrevivientes de estas agresiones, además enfatizando el hecho de que estos esfuerzos se encontraron enmarcados en el contexto de la pandemia por COVID-19, lo cual generó particularidades que fue necesario analizar y atender buscando impactar de forma positiva en la salud mental y la seguridad de las consultantes (OMS, 2020b; UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020). No obstante, de forma paralela se presentaron retos y obstáculos durante las intervenciones clínicas que dificultaron la adhesión terapéutica y la obtención de resultados cuantitativos que posibiliten la realización de análisis de datos que indiquen los efectos de este tratamiento psicológico.

En el caso de las repercusiones a nivel fisiológico en las consultantes, resaltan las sospechas de lesión cerebral en el caso 4, asociado al estrangulamiento con pérdida del estado de consciencia dentro del episodio de violencia en la pareja por el que llegó a la consulta. En este caso se identificaron secuelas a nivel de concentración, regulación emocional y memoria que generaban confusión al momento de establecer un diagnóstico diferencial, así como la toma de decisiones sobre alternativas de tratamiento. Al respecto,

se han reportado hallazgos similares sobre el efecto de lesiones cerebrales asociadas a la violencia de pareja (tales como lesiones en cabeza, cuello y cara; Wong et al., 2014) argumentando que es un fenómeno que puede pasar desapercibido por no ser evidente y por la cultura del silencio y el estigma, lo que promueve que no sea atendido e investigado en entornos clínicos, pese a que puede generar consecuencias en el bienestar físico, cognitivo o emocional; lo que se relaciona con su funcionamiento diario, su seguridad personal, toma de decisiones, organización de sus actividades cotidianas y buscar alternativas para una vida sin violencia (Haag et al., 2022).

Un estudio identificó que la mitad de sus participantes se encontraban en riesgo de este problema de salud, algunos factores asociados al respecto fueron la búsqueda de apoyo ante la gravedad de los ataques violentos, si las agresiones requirieron intervención judicial y los años desde la ruptura de la relación (Hunnicut et al., 2019). Esto nos indica la importancia de analizar, como en este caso, opciones para detectar y atender estas lesiones de forma costo-efectiva en el área de Urgencias Médicas para identificar de forma temprana y con estas acciones promover una atención adecuada y quizá un mejor pronóstico.

Otra evidencia se puede recabar a partir del caso 5, donde uno de los problemas por el que asistió a Urgencias Médicas es que presentaba dolor crónico de espalda, que era interpretado como un “dolor en el pulmón” (SIC pac.). Al respecto, se ha identificado de forma congruente en un metaanálisis que una de las consecuencias fisiológicas relevantes es el dolor crónico de cabeza, dental, espalda o estómago en personas que vivieron trata de personas asociados a experiencias vitales de traumatización durante su vida, tipo de coerción experimentado, la presencia de tortura y las actividades que realizaron durante su tiempo en esta condición (Alpert et al., 2014; Ottisova et al., 2016). Por último, este problema también puede apreciarse en sobrevivientes de violencia por

parte de sus parejas, pues se ha identificado que en mujeres colombianas que reportaron haber experimentado maltrato en sus relaciones afectivas, un 42% además mencionaron la presencia de dolor crónico (Tobo et al., 2011). Por lo que es importante considerar estos síntomas al momento de detectar estos casos para asegurar un abordaje interdisciplinario, hacer una detección de sus necesidades con una perspectiva multidimensional con la finalidad de considerar estrategias para la atención a las consecuencias a su salud que presente.

En el caso de las repercusiones a nivel psicológico en las consultantes, se identifica la presencia de necesidades psicosociales que reflejaron que estos eventos traumáticos pueden generar afectaciones en su bienestar psicológico como consecuencia, lo que sumado a los antecedentes vitales estresantes modulan la vivencia de estos eventos. Estos hallazgos son congruentes con las investigaciones sobre los problemas de salud mental identificados en personas sobrevivientes de violencia contra las mujeres y trata de personas, pues reflejan múltiples afectaciones tales como conductas de riesgo, alteraciones de estado de ánimo, estrés postraumático, trastorno de pánico, trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y riesgo suicida (Basile et al., 2016; Devries et al., 2013; Weil et al., 2021).

En particular destaca el caso de la consultante 5 que cumplía características clínicas similares al trastorno depresivo persistente asociado a la situación de coerción en la que vivió por años. Se ha observado de forma congruente que en mujeres mexicanas originarias en entornos rurales de Chiapas que vivieron episodios de agresión de pareja con un nivel de control alto, dicha experiencia se relaciona significativamente con problemas de salud mental, incrementando casi seis veces la probabilidad de síntomas moderados y graves de depresión, seis veces el riesgo de presentar alguna alteración del estado de ánimo y dos veces el riesgo suicida, lo cual podría reflejar las secuelas

psicológicas que puede generar estas experiencias de violencia intensa así como los roles estrictos de género a los que se está expuesta (Aguerreberre et al., 2021).

Además, investigaciones cualitativas realizadas en sobrevivientes y personal de salud que da asistencia en estos casos, refieren que las situaciones de violencia atraviesan sus diferentes esferas vitales de las personas exponiendo especialmente a mujeres a estas situaciones, pues factores sociales y culturales como la precarización social, los roles rígidos de género y la normalización de las relaciones afectivas problemáticas y la violencia, ponen en riesgo de ser víctimas de eventos de maltrato, lo cual repercute en su salud mental con reacciones de miedo, tristeza, desconfianza y baja autoestima (Zhen-Duan et al., 2022).

Por otra parte, puede notarse de forma importante el efecto del consumo de sustancias en la consultante 1, pues debido a los hábitos de consumo de alcohol e inhalantes de riesgo alto y el consumo de tabaco riesgo moderado estaban relacionados al estrés percibido y a su acción farmacológica en el sistema nervioso central, lo cual le permitía tolerar el maltrato psicológico y físico recibido. Tal como lo retoman otras investigaciones al hablar que el consumo de sustancias puede tener diferentes motivos de uso, tal como la coerción de la persona perpetradora, las afectaciones en la autoestima de la mujer sobreviviente, búsqueda de apoyo social con otros usuarios de sustancias o como una estrategia de afrontamiento ante el distrés emocional y cognitivo percibido ante esta experiencia traumática, de manera que les permita disminuir su impacto alterando su estado de consciencia (Geyen & Bailey, 2021; Ogden et al., 2022), otras investigaciones también agregan que se eligen sustancias que les permita a las usuarias conservar su capacidad para enfrentar problemas y procurar su supervivencia (Crespo et al., 2017). Si bien se reconoce que el consumo es percibido como una opción dentro del contexto adverso en el que se presenta, es importante tomarlo en consideración puesto que puede

interferir con el desarrollo de otros problemas de salud mental comórbidos, generar mayores problemas asociados a los hábitos de consumo u obstaculizar la adhesión a tratamientos que dificulta la obtención de resultados sobre el efecto del tratamiento (Choi et al., 2018; Ogden et al., 2022; Tirado-Muñoz et al., 2015).

Con respecto a las afectaciones sociales, fue relevante la identificación de una sobreviviente de trata de personas en las modalidades de trabajo forzado y matrimonio forzado, que si bien ya había escapado desde hace años de la situación y no se percibía en riesgo nos permitió identificar necesidades y características sobre esta vivencia. Al respecto, se sabe que en nuestro país podrían vivir al menos 367,000 personas en esta situación y que en su mayoría las víctimas son mujeres (Walk Free Foundation, 2018), que pueden traer diferentes consecuencias a su estado de salud y calidad de vida, por lo que los hospitales se consideran como un sitio clave para la detección de estos eventos adversos en las sobrevivientes con la finalidad de proporcionarles acompañamiento en la preservación de su seguridad, la recuperación del ejercicio de sus derechos y la búsqueda de autonomía (Alpert et al., 2014; Hachey & Philippi, 2017; Macy et al., 2021; National Human Trafficking Resource Center, 2016; Wright et al., 2021).

Por último, destaca el papel que tuvo la experiencia de victimización secundaria para la consultante del caso 3 ocasionadas en su proceso legal y en su espacio de trabajo. Dichas experiencias también pueden observarse en otras usuarias de violencia, tal como lo reportó un estudio cualitativo realizado en Brasil que analizó los servicios de atención a la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de equipos multidisciplinares de atención (compuestos por personal de enfermería, psicología, medicina, derecho y trabajo social) que destacó la importancia de generar servicios especializados y grupos de apoyo multidisciplinario con compromiso profesional, no obstante identifican obstáculos como la desarticulación de los servicios, espacios físicos

inapropiados para dar una atención con privacidad, falta de capacitación sobre estos temas, desconocimiento sobre los servicios ofrecidos, la ausencia de protocolos de atención y canalización, pocos recursos humanos y la inaccesibilidad de estos recursos para las personas que los necesitan (Kalra et al., 2021; Trentin et al., 2020). Se resalta en particular las actitudes y decisiones tomadas por el personal de atención a estos casos progresivamente han adquirido habilidades basadas en recomendaciones oficiales para la atención a la violencia pero siguen manteniendo discursos que minimizan, normalizan e invisibilizan la situación que enfrentan las mujeres y no consideran la importancia de analizar y cuestionar el contexto sexista en el que se presentan y se justifican estas agresiones (Salgado Diez, 2012).

El análisis del contexto que atraviesan las usuarias detallado anteriormente resulta importante dadas las dificultades que encuentran para buscar su seguridad y autonomía, puesto que la investigación sobre el tema reporta que es un proceso gradual y cíclico en el que se consideran sus creencias y expectativas sobre la relación de pareja, su seguridad personal y familiar, sus necesidades básicas, de transportación, educativas, y laborales; así como la disponibilidad de sus redes de apoyo social informal y servicios comunitarios de asistencia (Burkitt & Larkin, 2009). Por lo que se resalta la importancia de que el personal de salud cuente con herramientas para facilitar de forma conjunta que las usuarias encuentren recursos y estrategias adaptables a su contexto para mantenerse seguras y se reduzcan los riesgos de victimización que enfrentan considerando la complejidad y barreras que involucran la experiencia de violencia (Burke et al., 2009).

Los hallazgos y obstáculos identificados en esta tesis reflejan la realidad que se enfrentó en la atención de la violencia contra las mujeres durante el periodo de contingencia por la COVID-19, caracterizados por una mayor cantidad de casos identificados dentro del hospital en los que las mujeres atendidas reportaban al personal

de Urgencias Médicas la exposición a situaciones de violencia de género en el contexto de su pareja comparado con las observaciones clínicas en el contexto pre-pandémico, lo cual es congruente con la literatura de investigación en la que se menciona que durante esta temporada han empezado a obtenerse evidencias más sólidas de prevalencias de este problema resaltando un incremento de la violencia contra las mujeres en diferentes regiones a nivel global (Di Franco et al., 2020; Huldani et al., 2022; Thiel et al., 2022). Se observó que estas sobrevivientes se enfrentan a dificultades en este contexto pandémico dentro de sus hogares, atravesando dificultades económicas y laborales, un mayor aislamiento social en un entorno inseguro y el acceso disminuido a servicios de apoyo a sobrevivientes de este problema social (ONU Mujeres México, 2020; Sri et al., 2021; United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner, 2020; VanBeschoten et al., 2022; Wood et al., 2021), debido a esto es necesario contar con profesionales capacitados para enfrentar este escenario (OMS, 2020b; Sediri, 2020), pues podría ser uno de los primeros servicios que pudiera estar en contacto con las sobrevivientes y ser un medio para la búsqueda de alternativas para vigilar su salud, su seguridad y la búsqueda de una vida sin violencia. En cuanto al programa de Psicología, se buscaron tomar las consideraciones propias de la asistencia de las sobrevivientes de acuerdo al semáforo epidemiológico, la toma de medidas de bioseguridad, así como procurar condiciones de confidencialidad para la atención híbrida y contar con servicios de derivación haciendo ajustes necesarios de acuerdo con los cambios de modalidad de atención que otras instituciones de asistencia a víctimas de violencia de género con la consideración constante de los obstáculos de privacidad, seguridad, económicos, familiares y tecnológicos que las consultantes podrían presentar y que podrían impactar en el tratamiento (UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe, 2020).

Asimismo se considera que la información obtenida refiere la situación enfrentada en la atención a mujeres sobrevivientes de violencia, pues para la elección del tratamiento se buscó que tuviera una orientación basada en la investigación vigente más confiable sobre la asistencia a mujeres sobrevivientes de violencia de género, señalando directrices específicas para guiar la intervención así como los componentes que pueden implementarse en el tratamiento para buscar la mejoría clínica, el fortalecimiento de los recursos existentes y desarrollados en las mujeres para buscar su seguridad, su autonomía, la protección de su dignidad y la lucha por sus derechos, así como se notó la necesidad de desarrollar en los profesionales de salud la necesidad de formación y sensibilización continua sobre este tema para responder debidamente en la atención a las consultantes así como la necesidad de mejorar la infraestructura de las instituciones de atención para poder dar una respuesta sólida a las necesidades y seguridad de las sobrevivientes (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010; Kalra et al., 2021; National Institute for Health and Care Excellence, 2014; OPS, 2016; Okuda Benavides et al., 2019; Secretaría de Salud, 2009).

Estos retos se observaron en la atención a las consultantes atendidas, pues se encontraron diferentes problemas psicosociales de forma concomitante afectando su pronóstico como sobrevivientes, especialmente en aquellos casos en los que no se encontraban preparadas para realizar cambios personales debido a los obstáculos tales como: problemas fisiológicos de salud como en el tercer y quinto caso, sospechas de trastornos del comportamiento como en el tercer y quinto, problemas con el consumo de sustancias como en el primer caso; cambios en la dinámica familiar relacionados al apoyo recibido durante los episodios de violencia de pareja como en el cuarto y quinto caso, riesgos sociales y ambientales como percibirse en entornos inseguros y sin recursos de

apoyo como fue especialmente reconocible en el primer, cuarto y quinto caso. Dichas situaciones dificultaron las posibilidades para buscar condiciones de vida para procurar su salud y su seguridad que deben tomarse al diseñar tratamientos con esta población (Global Public Affairs, 2020).

Retos como los mencionados se reportan como potenciales obstáculos para el éxito de las intervenciones dirigidas a esta población, pues se menciona que de manera paralela a la atención a su salud física y psicológica, se enfrentan a dificultades adicionales que comprometen su recuperación, como son las dificultades económicas por la denuncia, cambios en la dinámica de la familia, dificultades en la manutención de los hijos, problemas con el empleo, encontrarse inmersas en procedimientos judiciales complicados, incluso que puedan verse expuestas a manifestaciones de violencia institucional en diferentes esferas que pueden impactar en su calidad de vida a corto, mediano y largo plazo (Ogden et al., 2021; Romero et al., 2015).

Cabe destacar que el último de los casos reportados, cuyo proceso terapéutico finalizó de acuerdo a los objetivos de la intervención, se han identificado dos diferencias importantes en las características de la paciente al momento de llevar la terapia que se diferencia de los demás casos tales como: la distancia temporal desde los eventos de violencia que superaba los dos años posteriores a su escape de la situación de violencia, así como encontrarse en un espacio en el que percibía que no encontraba riesgos de que se repitieran las agresiones. Estas observaciones recalcan la importancia de emprender acciones multidisciplinarias e integradas para asegurar la seguridad y la búsqueda de control en sus vidas como un proceso paralelo a la atención de su salud para buscar resultados más alentadores (Gupta et al., 2017; Walker, 2015); así como promover la disponibilidad constante del apoyo psicológico ante la violencia contra la mujer en el área

de Urgencias Médicas, pues el personal de salud capacitado y sensibilizado podría representar un aliado importante en el momento en que las mujeres sobrevivientes se encuentren con mejores oportunidades de buscar atender las diferentes necesidades que presente ante estos eventos adversos (Choi et al., 2018).

Si bien se buscaron tomar precauciones para la búsqueda de redes de apoyo familiar, social e institucional, a la par de herramientas de detección e intervención de cogniciones, emociones y conductas a modificarse para asegurar la toma de decisiones y la búsqueda de autonomía, quedan interrogantes por abarcar y que será necesario profundizar en próximas propuestas de investigación. Estas experiencias son congruentes con la literatura de investigación sobre la atención a la violencia contra las mujeres en Urgencias Médicas en las que se identificaron dificultades que conviene tomar en cuenta al implementar un programa de tratamiento sobre este problema psicosocial, tales como son: miedo al estigma, creencias que normalizan la violencia experimentada, miedo a represalias por parte de la persona agresora, miedo a cambios de vida como resultado de denunciar las agresiones, ambivalencia ante el cambio, la presencia de distrés emocional intenso, percepción de vergüenza por vivir violencia y preocupación por su familia, en especial cuando hay hijos de por medio; además de dificultades en el personal de Urgencias Médicas como son problemas para detectar violencia percibida como no visible, estigma sobre la violencia, falta de tiempo, falta de capacitación en temas de género, déficit en habilidades de comunicación, experiencias propias de violencia contra las mujeres así como la gestión de estrés que involucra escuchar y atender estas historias (Hinsliff-Smith & McGarry, 2017; Koenig et al., 2020; Salgado Diez, 2012; Spangaro et al., 2020).

Este trabajo presenta algunas limitaciones, la primera surge a partir del reporte de serie de casos; si bien es cierto, fue un diseño viable dada la naturaleza del fenómeno y

las condiciones de la pandemia por COVID-19 que permitió tener un primer acercamiento de las necesidades de las sobrevivientes en este contexto y alternativas potenciales para atenderlas dentro del hospital, también es cierto, que con base en dicho diseño, no pueden establecerse inferencias y hacerse generalizaciones sobre los resultados de la intervención, puesto que se requeriría mejorar las condiciones de control experimental para poder generar resultados más sólidos, siempre considerando su pertinencia de acuerdo con las particularidades éticas que amerita la atención a este fenómeno (Kooistra et al., 2009; McGuigan, 1993; Tate & Perdices, 2015).

Otra limitación de este escrito, fue contar solo con evaluaciones de auto reporte y en algunos casos sin validación del contexto mexicano, debido a la practicidad de aplicación de estas evaluaciones en la práctica clínica cotidiana y su relevancia para tomar decisiones clínicas sobre el procedimiento a seguir. No obstante, la construcción de los instrumentos y el contexto de su aplicación podría sesgar las respuestas de las participantes, y aunque los resultados encontrados parecen congruentes con la literatura de investigación, en este caso específico no pueden corroborarse con otras fuentes de información para controlar el efecto de la deseabilidad social al abordar temas relacionados a identificarse como sobrevivientes de violencia y hablar sobre las agresiones ejercidas por sus parejas, así como las dificultades para hablar sobre recuerdos y experiencias traumáticas del pasado que generen estados afectivos desagradables (Hernández Sampieri et al., 2010; McGuigan, 1993; Podsakoff et al., 2003; Salgado Diez, 2012). Esta limitación, pone en evidencia la imperante necesidad de generar evaluaciones en el área que sean válidas y confiables, así como contar con fuentes de información complementarias de enfoque cualitativo que exploren las experiencias particulares de las mujeres sobrevivientes y que nos permitan identificar

áreas importantes a considerar para mejorar las estrategias de evaluación actuales (Haag et al., 2022; Ogden et al., 2022).

Por último, se identificó que dada la ausencia del empleo de un diseño más robusto en la intervención, los resultados obtenidos podrían explicarse por otros factores ajenos al tratamiento mismo y que no puede asumirse que se deben -exclusivamente- a la terapia aplicada. Algunos de estos factores podrían ser: el tipo de afrontamiento que las usuarias presentan, las condiciones sociales, económicas y culturales que tenían las consultantes, que las pacientes recibieran algún otro tipo de apoyo ajeno a los objetivos de esta intervención, el efecto de ser escuchadas y recibir contención emocional podría generar que las consultantes percibieran mejoras inmediatas pero temporales y repercutiera en una baja adhesión a la terapia, así como, los sesgos personales de la terapeuta al querer ver un cambio en donde no necesariamente lo hay, al respecto se ha identificado que estos sesgos podrían estar asociados con el involucramiento con las necesidades de las consultantes ante la relevancia del problema social y los obstáculos que presentaban sin considerar el impacto que estas condiciones podrían tener en su desempeño en la terapia, o por sentimientos de miedo y fracaso profesional ante la posibilidad de que las pacientes abandonaran del tratamiento (Dobson & Dobson, 2017; Kazdin, 1999; Lilienfeld et al., 2013; Romero et al., 2015; Zhen-Duan et al., 2022).

Para futuras propuestas de investigación resulta importante realizar una detección de necesidades en este punto de la pandemia de COVID-19, promover la estandarización y trabajar las propiedades psicométricas de estos formatos de evaluación o generar nuevas opciones de medición de las variables de interés para la asistencia a sobrevivientes de violencia (Hunnicut et al., 2019), y animar la generación de proyectos para intervenciones ultra breve o de sesión única que estén contextualizados en la situación de Urgencias Médicas, a la par de promover e incentivar la formación y

sensibilización del personal de salud para que puedan aportar desde sus áreas de conocimiento nuevas propuestas para la articulación de un servicio multidisciplinario de atención a víctimas en el contexto hospitalario (Kalra et al., 2021; Letourneau et al., 2022; Zhen-Duan et al., 2022).

Pese a estos retos, esta propuesta de tratamiento constituye - hasta el conocimiento de la autora y la revisión actualizada a las bases de datos en el ámbito de salud - el primer esfuerzo exploratorio de una atención a la violencia de género en el contexto de Urgencias Médicas y en el contexto de la pandemia por COVID-19, incorporando las recomendaciones basadas en la investigación, de seguridad y medidas de contención de la pandemia dentro de una de las áreas más importantes de atención a la salud durante esta contingencia sanitaria y una de las áreas identificadas como una fuente principal de apoyo y acercamiento a servicios de asistencia a víctimas.

Además, constituyó una valiosa oportunidad de detectar nuestra capacidad de respuesta como personal de salud de primera línea, pues el apoyo del área médica, el área de trabajo social y la orientación brindada por la red de abogadas fueron esfuerzos importantes para poder tomar en cuenta la mayor cantidad de necesidades que las usuarias pudieran presentar al ingresar al hospital, así como los alcances y aportaciones que podríamos hacer para promover la salud mental de las consultantes. Lo cual puede mejorar las prácticas realizadas dentro de los centros de salud para la detección y atención a personas sobrevivientes de violencia, y con especial atención en emergencias sanitarias.

Por último, esta experiencia clínica favoreció la identificación de necesidades asociadas en el personal de salud y de asistencia legal en cuanto a recursos de capacitación sobre estas temáticas y contar con estrategias de regulación del estrés que les permitan atender la carga emocional que implica la realización de estas actividades y

mitigar las consecuencias en salud mental que pueden aparecer en los intervinientes, así como la detección de necesidades en las personas sobrevivientes que pueden explorarse en futuras investigaciones.

A manera de conclusión, el objetivo que este trabajo tuvo fue reportar la experiencia de adaptación y aplicación de atención psicológica dirigida a mujeres sobrevivientes de violencia atendidas en el departamento de Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante el contexto de la contingencia por COVID-19 en México. Las aportaciones y retos encontrados en este reporte de la práctica clínica indican áreas relevantes a considerar en el diagnóstico, proceso de atención y la obtención de resultados para este problema psicosocial; siendo así que es necesario que en Urgencias Médicas se siga fomentado la investigación y el análisis de alternativas de atención a las sobrevivientes con la finalidad de incidir en su pronóstico y la restitución de sus derechos ante la violencia contra las mujeres.

Referencias

- Aguerreberre, M., Frías, S. M., Smith Fawzi, M. C., López, R., & Raviola, G. (2021). Intimate partner violence types and symptoms of common mental disorders in a rural community of Chiapas, Mexico: Implications for global mental-health practice. *PLOS ONE*, *16*(9), e0256850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256850>
- Alpert, E. J., Ahn, R., Albright, E., Purcell, G., Burke, T. F., Macias-Konstantopoulos, W. L. (2014) *Human Trafficking: Guidebook on Identification, Assessment, and Response in the Health Care Setting*. Massachusetts General Hospital.
- Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*, *26*(4), 450–452. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, *61*(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Arrieta, J., Aguerreberre, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical psychology*, *73*(9), 1076–1090. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/jclp.22390>
- Bados, L. A., & García, G. E (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%c3%b3n.pdf>

- Bakon, S., Taylor, A., Meyer, S., & Scott, M. (2019). The provision of emergency healthcare for women who experience intimate partner violence: Part 1. An integrative review. *Emergency Nurse*, 27(6), 19–25. <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1950>
- Basile, K. C., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, S. G., Raiford, J. L. (2016). STOP SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Beck, J. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (Third edition). The Guilford Press.
- Benach, J. (2021). We must take advantage of this pandemic to make a radical social change: the coronavirus as a global health, inequality and eco-social problem. *International Journal of Health Services*, 51,1. DOI: 10.1177/0020731420946594
- Bhattaram, S., Shinde, V. S., Lamba, I., Gladwin, R. S., & Sharma, K. V. S. (2022). Impact of COVID-19 lockdown on self-harm and violence among patients presenting to the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 51, 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.008>
- Boserup, B., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(12), 2753–2755. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: A systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
- Burke, J. F., Mahoney, P., Gielen, A., McDonnell, K. A., O' Campo, P. (2009). Defining Appropriate Stages of Change for Intimate Partner Violence Survivors. En C. M. Murphy &

R. D. Maiuro, (Ed.). *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner Violence*. (pp. 273-303). Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826119773

Burkitt, K. H., & Larkin, G. L. (2009). The Transtheoretical Model in Intimate Partner Violence Victimization: Stage Changes Over Time. En C. M. Murphy & R. D. Maiuro, (Ed.). *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner Violence*. (pp. 273-303). Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826119773

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2010). *Atención psicológica a mujeres en situación de violencia. Lineamientos y protocolos*. Recuperado en <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-atencion-psicologica-a-mujeres-en-situacion-de-violencia-cnegsr>

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (2021, 16 de febrero). *Interim Clinical Guidance for Management of Patients with confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Recuperado en <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

Chams, N., Chams, S., Badran, R., Shams, A., Araji, A., Raad, M., Mukhopadhyay, S., Stroberg, E., Duval, E. J., Barton, L. M., & Hajj Hussein, I. (2020). COVID-19: A Multidisciplinary Review. *Frontiers in Public Health*, 8, 383. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00383>

Choi, A. W. M., Wong, J. Y. H., Lo, R. T. F., Chan, P. Y., Wong, J. K. S., Lau, C. L., & Kam, C. W. (2018). Intimate partner violence victims' acceptance and refusal of on-site counseling in emergency departments: Predictors of help-seeking behavior explored through a 5-year medical chart review. *Preventive Medicine*, 108, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.012>

Choo, E., Gottlieb, A., DeLuca, M., Tape, C., Colwell, L., & Zlotnick, C. (2015). Systematic Review of ED-based Intimate Partner Violence Intervention Research. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 1037–1042. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.10.27586>

CNDH (2022). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Recuperado en https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Ley_GAMVLV.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). *Violencia contra personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex en América*. Recuperada en <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>

CONACYT (2022). COVID 19 Tablero México. Recuperado en <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>

Contini, C., Di Nuzzo, M., Barp, N., Bonazza, A., De Giorgio, R., Tognon, M., & Rubino, S. (2020). The novel zoonotic COVID-19 pandemic: An expected global health concern. *Journal of infection in developing countries*, 14(3), 254–264. <https://doi.org/10.3855/jidc.12671>

Cormier, L. S., Nurius, P., & Osborn, C. J. (2009). *Interviewing and change strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (6th ed). Brooks/Cole, Cengage Learning.

Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*. 5, 536–544 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>

- Crespo, M., Soberón, C., & Fernández-Lansac, V. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema*, 29.2, 191–196.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.212>
- Davis, M., MacKay, M., & Eshelman, E. R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Martínez Roca.
- Di Franco, M., Martines, G. F., Carpinteri, G., Trovato, G., & Catalano, D. (2021). Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: The value of the WHO questionnaire in emergency medicine. *QJM: An International Journal of Medicine*, 114(9), 637–641.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa333>
- Dobson, D. & Dobson, K. (2017). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (Second edition). The Guilford Press.
- Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women: Factor Structure PHQ-9 in Mexican Women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV. Traducida por L. Franco-Alfonso, L. Franco. Bajada de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- Fisayo, T., & Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1147), 332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- Fulu, E., & Miedema, S. (2015). Violence Against Women: Globalizing the Integrated Ecological Model. *Violence Against Women*, 21(12), 1431–1455.
<https://doi.org/10.1177/1077801215596244>

- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156(4), 4607. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- Geyen, D. J., & Bailey, R. K. (2021). Substance abuse and Intimate Partner Violence. En R. K. Bailey, (Ed.). *Intimate Partner Violence: An Evidence-Based Approach*. (pp. 127-135). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-55864-2>
- Global Public Affairs (2020). Implementing a Trauma-Informed Approach – Translations. Recuperado el 23 de noviembre de 2022, de <https://2017-2021-translations.state.gov/2018/06/28/implementing-a-trauma-informed-approach/>
- Gobierno de México (2022). Semáforo COVID-19. Recuperado en <https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>
- Gupta, J., Falb, K. L., Ponta, O., Xuan, Z., Campos, P. A., Gomez, A. A., Valades, J., Cariño, G., & Olavarrieta, C. D. (2017). A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: Findings from a cluster randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 15(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0880-y>
- Gutiérrez-Velilla, E., Barrientos-Casarrubias, V., Cruz-Maycott, R., Perrusquia-Ortiz, L. E., Alvarado-de la Barrera, C., Ávila-Ríos, S., & Caballero-Suárez, N. P. (2022). Assessment of anxiety in Mexican persons living with HIV using a culturally-adapted version of the GAD-7 test. *Journal of Health Psychology*, 27(13), 2875–2886. <https://doi.org/10.1177/13591053211072687>

Haag, H. L., Jones, D., Joseph, T., & Colantonio, A. (2022). Battered and Brain Injured: Traumatic Brain Injury Among Women Survivors of Intimate Partner Violence—A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 23*(4), 1270–1287.

<https://doi.org/10.1177/1524838019850623>

Hachey, L. M., & Phillippi, J. C. (2017). Identification and Management of Human Trafficking Victims in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal, 39*(1), 31–51. <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000138>

Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD013017. DOI: 10.1002/14651858.CD013017.pub2.

Hatmi, Z. N. (2021). A Systematic Review of Systematic Reviews on the COVID-19 Pandemic. *Springer Nature Comprehensive Clinical Medicine, 3*(2), 419–436.

<https://doi.org/10.1007/s42399-021-00749-y>

Heise, L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women, 4*(3), 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). McGraw-Hill.

Higgins, V., Sohaei, D., Diamandis, E.P., & Prassas, I. (2021). COVID-19: from an acute to chronic disease? Potential long-term health consequences. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences, 58*(5), 297-310, DOI: 10.1080/10408363.2020.1860895

Hinsliff-Smith, K., & McGarry, J. (2017). Understanding management and support for domestic violence and abuse within emergency departments: A systematic literature review from

2000-2015. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4013–4027.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13849>

Hoehn-Velasco, L., Silverio-Murillo, A., & de la Miyar, J. R. B. (2021). The great crime recovery: Crimes against women during, and after, the COVID-19 lockdown in Mexico. *Economics & Human Biology*, 41, 100991. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2021.100991>

Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B., Yard, E., D’Inverno, A., Swedo, E., Chen, M. S., Petrosky, E., Board, A., Martinez, P., Stone, D. M., Law, R., Coletta, M. A., Adjemian, J., Thomas, C., Puddy, R. W., ... Houry, D. (2021). Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 372. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4402>

Huldani, H., Kamal Abdelbasset, W., Abdalkareem Jasim, S., Suksatan, W., Turki Jalil, A., Thangavelu, L., Fakri Mustafa, Y., & Karami, M. (2022). Intimate partner violence against pregnant women during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Women & Health*, 62(6), 556–564. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2096755>

Hunnicut, G., Murray, C., Lundgren, K., Crowe, A., & Olson, L. (2019). Exploring Correlates of Probable Traumatic Brain Injury among Intimate Partner Violence Survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(6), 677–694. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1587656>

Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>

Inter Agency Standing Comitee (2015). *Cómo apoyar a las personas sobrevivientes de violencia de género cuando no hay un actor contra la VG disponible en el área*. Disponible

en https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2018/05/GBV_PocketGuide021718_Spanish.pdf

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>

Kaukinen, C. (2020). When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic.

American Journal of Criminal Justice, 45(4), 668–679. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09533-5>

Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332–339. [https://doi.org/10.1037/0022-](https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332)

[006X.67.3.332](https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332)

Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: Rapid review and meta-analysis. *BMJ*, m1642.

<https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>

Koenig, K. L., Benjamin, S. B., Beÿ, C. K., Dickinson, S., & Shores, M. (2020). Emergency Department Management of the Sexual Assault Victim in the COVID Era: A Model SAFETY-I Guideline From San Diego County. *The Journal of Emergency Medicine*, 59(6), 964–974.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.07.047>

Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T. A., & Bhandari, M. (2009). How to Design a Good Case Series. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 91(Supplement_3), 21–26.

<https://doi.org/10.2106/JBJS.H.01573>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. [https://doi-](https://doi.org.pbidi.unam.mx:2443/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)

[org.pbidi.unam.mx:2443/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](https://doi.org.pbidi.unam.mx:2443/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x)

Letourneau, N., Luis, M. A., Kurbatfinski, S., Ferrara, H. J., Pohl, C., Marabotti, F., & Hayden, K. A. (2022). COVID-19 and family violence: A rapid review of literature published up to 1 year after the pandemic declaration. *EClinicalMedicine*, 53, 101634.

<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101634>

Lilienfeld, S.O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies, *Clinical Psychology Review*,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>

Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT®: para el/la consultante* (Primera edición). Editorial de la Universidad de La Plata. Tres Olas Ediciones.

Macy, R. J., Klein, L. B., Shuck, C. A., Rizo, C. F., Van Deinse, T. B., Wretman, C. J., & Luo, J. (2021). A Scoping Review of Human Trafficking Screening and Response. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802110572. <https://doi.org/10.1177/15248380211057273>

Manrique-de Lara, A., & Medina-Arellano, M. J. (2020). The COVID-19 Pandemic and Ethics in Mexico Through a Gender Lens. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(4), 613–617.

<https://doi.org/10.1007/s11673-020-10029-4>

- Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., Giattino, C., & Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*, 5(7), 947–953. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>
- McGuigan, F. J. (1993). *Experimental psychology: Methods of research* (6th ed). Prentice Hall.
- Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R., & Sadler, G. R. (2014). The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 463–468. <https://doi.org/10.1037/a0036523>
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., Hepner, K. A., Wiseman, K., & Muñoz, R. (2006) *Community Partners in Care. Actividades y su estado de ánimo*. Recuperado en <https://communitypartnersincare.org/depression-toolkit-resources/>
- Morley, S., Masterson, C., & Main, C. J. (2018). *Single-case methods in clinical psychology: A practical guide*. Routledge.
- Muldoon, K. A., Denize, K. M., Talarico, R., Fell, D. B., Sobiesiak, A., Heimerl, M., & Sampsel, K. (2021). COVID-19 pandemic and violence: Rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Medicine*, 19(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01897-z>
- National Human Trafficking Resource Center (2016). *Framework for a Human Trafficking Protocol in Healthcare Settings*. Disponible en <https://humantraffickinghotline.org/resources/framework-human-trafficking-protocol-healthcare-settings>
- National Institute of Health and Care Excellence (2014). *Domestic violence and abuse: multi-agency working*. Recuperada en <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>

National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Division of Violence Prevention (2016).

STOP SV : a technical package to prevent sexual violence. Recuperado de

<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/39126>

Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lombardo, E. (2007). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno. ISBN: 970-729-235-0

Nittari, G., Sagaro, G. G., Feola, A., Scipioni, M., Ricci, G., & Sirignano, A. (2021). First Surveillance of Violence against Women during COVID-19 Lockdown: Experience from “Niguarda” Hospital in Milan, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3801. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073801>

Norcross, J. & Lambert, M. (Ed.). (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3° ed.). Oxford University Press.

Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>

Okuda Benavides, M., Berry, O., Mangus, M. (2019) *Intimate Partner Violence. A guide for Psychiatrists treating IPV survivors*. Recuperado de

<https://psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/intimate-partner-violence/women>

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Epidemiologic Transition*. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

OMS. (1964). *Constitution of WHO: principles*. Recuperado de

<http://www.who.int/about/mission/en/>

OMS (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12.

OMS (2000). *WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-Prone Infectious Disease*.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66485/WHO_CDS_CSR_ISR_2000.1.pdf;jsessionid=04DA2041ED47CC4A2B375CF2130D2819?sequence=1

OMS (2011a). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: Manual para uso en la atención primaria*. <https://www.paho.org/es/documentos/prueba-deteccion-consumo-alcohol-tabaco-sustancias-assist-manual-para-uso-atencion>

OMS (2011b). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Recuperado en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31075>

OMS (2018). *Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care*. Recuperada de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

OMS (2020a). *Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings*. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rape-survivors-humanitarian-settings/en/>

OMS (2020b, 7 de abril). *COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do*. Recuperado el 10 de enero de 2022 en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/>

OMS (2023). *COVID-19 Dashboard*. Recuperado el 12 de enero de 2023 en

<https://covid19.who.int/>

OMS (2021a, 23 de noviembre). *Living guidance for clinical management of COVID-19*.

Recuperado en <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>

OMS (2021b). *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres*. Resumen. Recuperado en

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>

ONU Mujeres México (2020). *COVID-19 y su impacto en la violencia contra las mujeres y las niñas*. Recuperado en [https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-](https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/abril-2020/covid19-y-su-impacto-en-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas#view)

[nuevo/abril-2020/covid19-y-su-impacto-en-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas#view](https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/abril-2020/covid19-y-su-impacto-en-la-violencia-contra-las-mujeres-y-ninas#view)

OPS (2016). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico*. Disponible en

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/>

Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: An updated systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(4), 317–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000135>

Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior therapy*, 40(4), 357–367.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>

- Payne, R. A., & Donaghy, M. (2010). *Payne's handbook of relaxation techniques: A practical guide for the health care professional* (4th ed). Churchill Livingstone/Elsevier.
- Picard, M., Scarisbrick, D., & Paluck, R. (1991). *HELPS brain injury screening tool*. New York: International Center for the Disabled, TBI-NET, US Department of Education. Rehabilitation Services Administration.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Romero, I. (Coord.), Álvarez, R., Czalbowksi, S., Soria, T., & Villota, M. T. (2015) *Guía de intervención en casos de violencia de género: Una mirada para ver*. Editorial Síntesis.
- Salgado Diez, B. (2012). Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12),3301-3310. ISSN: 1413-8123. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024424015>
- Sánchez Sosa, J. (2008). Competencias científicas y profesionales: Cimientos metodológicos y de integración en las ciencias del comportamiento. En: C. Carpio (coord). *Competencias profesionales y científicas del psicólogo* (pp. 247-282). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Sanderson, C. (2013). *Counselling skills for working with trauma: Healing from child sexual abuse, sexual violence and domestic abuse*. Jessica Kingsley Publishers.

Sarkhel, S., Singh, O., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(8), 319. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

Secretaría de Salud (2009). *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Recuperado en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

Secretariado ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (2022). *Información sobre violencia contra las mujeres. Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1*. Disponible en <https://www.gob.mx/sesnsp/es/articulos/informacion-sobre-violencia-contra-las-mujeres-incidencia-delictiva-y-llamadas-de-emergencia-9-1-1-febrero-2019?idiom=es>

Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: Acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(6), 749–756. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–57. Recuperado en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>

Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, C. S., & Campbell, J. (2009). Intimate partner violence: development of a brief risk assessment for the emergency department. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16(11), 1208–1216. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00457>

- Spangaro, J., Vajda, J., Klineberg, E., Lin, S., Griffiths, C., Saberi, E., Field, E., Miller, A., & McNamara, L. (2020). Intimate partner violence screening and response in New South Wales emergency departments: A multi- site feasibility study. *Emergency Medicine Australasia*, 32(4), 548–555. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13452>
- Spitzer, R. L. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K., & Bhandari, M. (2014). Prevalence of Intimate Partner Violence Across Medical and Surgical Health Care Settings: A Systematic Review. *Violence Against Women*, 20(1), 118–136. <https://doi.org/10.1177/1077801213520574>
- Sri, A. S., Das, P., Gnanapragasam, S., & Persaud, A. (2021). COVID-19 and the violence against women and girls: ‘The shadow pandemic’. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 971–973. <https://doi.org/10.1177/0020764021995556>
- Stok, F. M., Bal, M., Yerkes, M. A., & de Wit, J. (2021). Social Inequality and Solidarity in Times of COVID-19. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18(12), 6339. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126339>
- Substance Abuse and Mental Health Administration (2014). *SAMHSA’s Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Recuperada en https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

- Tate, R., & Perdices, M. (2015). N-of-1 in the Behavioral Sciences. In J. Nikles, & G. Mitchell, (Ed.), *The essential guide to N-of-1 trials in Health*. (pp. 19-42). Springer. DOI 10.1007/978-94-017-7200-6
- Thiel, F., Büechl, V. C. S., Rehberg, F., Mojahed, A., Daniels, J. K., Schellong, J., & Garthus-Niegel, S. (2022). Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 874183. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.874183>
- Tiburcio-Sainz, M., Rosete-Mohedano, M., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.786>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L., & Torrens, M. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3), 168-178. Recuperado en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289142513002>
- Tobo, N., Canaval, G. E., Burgos, D. C., Humphreys, J. (2011). Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), pp.174-186.
- Trentin, D., Vargas, M. A. de O., Leal, S. M. C., Vargas, C. P., Ferreira, M. L., & Neves, F. B. (2020). Women in situations of sexual violence: Potentialities and weaknesses of the intersectoral network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190856. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0856>

UNFPA Oficina Regional de América Latina y el Caribe (2020). *Guía técnica de servicios remotos. Atención psicosocial especializada para sobrevivientes de violencia basada en género*. Recuperada en <https://lac.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-t%C3%A9cnica-de-servicios-remotos-atenci%C3%B3n-psicosocial-especializada-para>

United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner (2020, 27 de marzo). *States must combat domestic violence in the context of COVID-19 lockdowns – UN rights expert*. Recuperada en <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25749&LangLa>

VanBenschoten, H., Kuganatham, H., Larsson, E. C., Endler, M., Thorson, A., Gemzell-Danielsson, K., Hanson, C., Ganatra, B., Ali, M., & Cleeve, A. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on access to and utilisation of services for sexual and reproductive health: A scoping review. *BMJ Global Health*, 7(10), e009594. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009594>

Virúes-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765–777. Recuperado en <http://www.aepc.es/ijchp/virues-es.pdf>

Walk Free Foundation (2018). The Global Slavery Index 2018. Disponible en <https://www.globalslaveryindex.org/>

Walker, L. E. (2015). Looking back and looking forward: Psychological and legal interventions for domestic violence. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(1), 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.02.002>

Warshaw, C., Sullivan, C., Rivera, E. (2013). *A systematic review of trauma-focused interventions for Domestic Violence Survivors*. Recuperado en

http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2013/03/NCDVTMH_EBPLitReview2013.pdf

Weil, A., Elmore, J. & Kunins, L. (2021) Intimate partner violence: Intervention and Patient Management. *UpToDate*. Revisado el 3 de mayo de 2021 en <https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-intervention-and-patient-management>

Williams, J. B. W. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite Test-Retest Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 630.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080038006>

Wong, J. Y.-H., Choi, A. W.-M., Fong, D. Y.-T., Wong, J. K.-S., Lau, C.-L., & Kam, C.-W. (2014). Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health*, 14(1), 6.
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-6>

Wood, L., Baumler, E., Schrag, R. V., Guillot-Wright, S., Hairston, D., Temple, J., & Torres, E. (2021). "Don't Know where to Go for Help": Safety and Economic Needs among Violence Survivors during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Violence*.
<https://doi.org/10.1007/s10896-020-00240-7>

Wright, N., Jordan, M., & Lazzarino, R. (2021). Interventions to support the mental health of survivors of modern slavery and human trafficking: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1026–1034.
<https://doi.org/10.1177/00207640211039245>

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Xantomila, J. (2020, 6 de marzo). Onudh: En México se cometen en promedio 10.5 feminicidios al día. *La Jornada*. Recuperado en <https://www.jornada.com.mx/2020/03/06/politica/004n1pol>.

Zhen-Duan, J., DeJonckheere, M., Raglin Bignall, W. J., Galván, J., Saavedra, N., & Berenzon Gorn, S. (2022). Interpersonal Violence and Psychological Well-Being: Perspectives of Low-Income Patients, Social Workers, and Medical Doctors in Mexico City, Mexico. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1–2), 681–704. <https://doi.org/10.1177/0886260520915543>

Zuckerman, M., Harper, K., Barrett, R., & Armelagos, G. (2014). The evolution of disease: anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7(1), 23303. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>

Apéndices

Apéndice A

Evaluación semiestructurada para consultantes



Evaluación del paciente hospitalizado de Urgencias Médicas

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:	Folio:
Psicólogo que evalúa:			
Psicólogo responsable:			

Datos del paciente

			Expediente:			
Nombre:		Edad:	Sexo:			
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:				
Escolaridad:	Ocupación:	Nivel socioeconómico:				
Teléfono:		Religión:				
Fecha de ingreso:	Cama:	Número de reingresos en el último año:				
Fecha de egreso:	Tiempo total de hospitalización:					
Motivo de egreso de urgencias:						
Alta		Canalización a torre de especialidades		Defunción		
En caso de canalización , especificar:						
Fecha de ingreso:		Fecha de egreso:				
Diagnóstico:		Pronóstico:				
		Bueno	Malo	Reservado		
¿El paciente fue referido por área médica?		Sí		No		
En caso afirmativo , especificar cuál fue el motivo de referencia:						
En caso negativo , especificar motivo de evaluación:						
Comentarios:		Medidas fisiológicas relevantes para el padecimiento del paciente				
		HbA1c	TA	FC	FR	SO ²

Datos del cuidador principal

Nombre del familiar o responsable:	
Parentesco:	Teléfono/Celular:
Lugar de residencia (Ciudad / delegación o municipio)	Ocupación:
Observaciones	

Entrevista Inicial



Motivo de ingreso a Urgencias				
Pronóstico y diagnóstico (¿Qué sabe el paciente?)				
¿Con quién vive actualmente?			¿Cuántas personas viven con el paciente?	
Tipos de apoyo que recibe el paciente				
<i>Parentesco</i>	<i>Emocional</i>	<i>Informativo</i>	<i>Instrumental</i>	<i>Desde cuándo (días, meses o años)</i>
Relate un día normal (autocuidado)				
<i>Horas de sueño:</i>	<i>¿Siente que descansó cuando despierta?</i>		<i>Número de comidas al día:</i>	<i>Actividades recreativas:</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>		
<i>Actividad física:</i>	<i>Consumo de sustancias:</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>
	<i>Alcohol</i>		<i>Tabaco</i>	<i>Otras:</i>
En caso de tomar medicamentos:				
<i>Medicamentos que toma:</i>			<i>¿Sigue las indicaciones médicas? (Dosis, frecuencia, horario)</i>	
			<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica, psiquiátrica u otro apoyo emocional?</i>			<i>Sí</i>	<i>No</i>
<i>Diagnóstico:</i>			<i>Tratamiento:</i>	
			<i>Psicológico</i>	<i>Farmacológico</i>

<i>En caso de recibir tratamiento farmacológico, indicar el tipo de fármaco:</i>		
<i>Fármaco</i>	<i>Uso pasado</i>	<i>Uso actual</i>
<i>Antidepresivos</i>		
<i>Ansiolíticos</i>		
<i>Anti-psicóticos</i>		
<i>Estimulantes</i>		
<i>Anti-epilépticos</i>		
<i>Otros</i>		
<i>No se acuerda</i>		
<i>¿Existe o existió alguien en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?</i>		<i>¿Quién y diagnóstico?</i>
<i>Sí</i>	<i>No</i>	
<i>¿Ha pasado por alguna de las siguientes situaciones en el último año? /especificar</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>Fallecimiento de algún miembro de su familia</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Divorcio/separación</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Diagnóstico de enfermedades graves</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Problemas legales/detenciones</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Pelears/riñas familiares graves</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Cambios laborales</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Cambios de domicilio</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Otros</i>	

Apéndice B

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Apéndice C

Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 (GAD-7)

GAD-7				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? <i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Apéndice D

Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST)



ASSIST: Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Es importante mencionarle que toda la información que usted me proporcione es estrictamente confidencial y tiene fines profesionales.

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)		
A. Tabaco	Si	No
B. Bebidas alcohólicas	Si	No
C. Cannabis	Si	No
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	Si	No
E. Estimulantes de tipo anfetamina	Si	No
F. Inhalantes	Si	No
G. Sedantes o pastillas para dormir	Si	No
H. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	Si	No
I. Opiáceos	Si	No
J. Otras, especifique:	Si	No

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte: "¿Tampoco cuando era estudiante?"
Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.
Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida.

2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido (haga la pregunta para cada sustancia consumida)	Nunca				
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Siempre	
A. Tabaco	0	2	3	4	6
B. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
C. Cannabis	0	2	3	4	6
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	2	3	4	6
F. Inhalantes	0	2	3	4	6
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
H. Alucinógenos	0	2	3	4	6
I. Opiáceos	0	2	3	4	6
J. Otras, especifique:	0	2	3	4	6

Si todas las respuestas son nunca pase a la pregunta 6.
Si ha consumido alguna sustancia en los últimos tres meses responda las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia.

3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (hacer la pregunta para cada droga en pregunta 2)	Nunca				
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Siempre	5. Siempre
A. Tabaco	0	3	4	5	6
B. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
C. Cannabis	0	3	4	5	6
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	3	4	5	6
F. Inhalantes	0	3	4	5	6
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
H. Alucinógenos	0	3	4	5	6
I. Opiáceos	0	3	4	5	6
J. Otras, especifique:	0	3	4	5	6

4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia su consumo de (haga para cada sustancia mencionada en p2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca						
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Siempre	5. Siempre	6. Siempre	7. Siempre
A. Tabaco	0	4	5	6	7		
B. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7		
C. Cannabis	0	4	5	6	7		
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7		
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	4	5	6	7		
F. Inhalantes	0	4	5	6	7		
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7		
H. Alucinógenos	0	4	5	6	7		
I. Opiáceos	0	4	5	6	7		
J. Otras, especifique:	0	4	5	6	7		

5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia p2)	Nunca							
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. A veces	4. Siempre	5. Siempre	6. Siempre	7. Siempre	8. Siempre
A. Tabaco								
B. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8			
C. Cannabis	0	5	6	7	8			
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8			
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	5	6	7	8			
F. Inhalantes	0	5	6	7	8			
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8			
H. Alucinógenos	0	5	6	7	8			
I. Opiáceos	0	5	6	7	8			
J. Otras, especifique:	0	5	6	7	8			

6. ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1)?	No, nunca		
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Siempre
A. Tabaco	0	6	3
B. Bebidas alcohólicas	0	6	3
C. Cannabis	0	6	3
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
F. Inhalantes	0	6	3
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
H. Alucinógenos	0	6	3
I. Opiáceos	0	6	3
J. Otras, especifique:	0	6	3

Haga las preguntas 6 y 7 para cada sustancia que ha consumido (pregunta 1)

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en p1) y no lo ha logrado?	No, nunca		
	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Siempre
A. Tabaco	0	6	3
B. Bebidas alcohólicas	0	6	3
C. Cannabis	0	6	3
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3
F. Inhalantes	0	6	3
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3
H. Alucinógenos	0	6	3
I. Opiáceos	0	6	3
J. Otras, especifique:	0	6	3

8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado, alguna droga? (ÚNICAMENTE PARA USO NO MEDICO)	No, nunca		Si, en los últimos tres meses		Si, pero no en los últimos tres meses	
	1. Nunca	2. Siempre	3. Siempre	4. Siempre	5. Siempre	6. Siempre
A. Tabaco	0	6	3			
B. Bebidas alcohólicas	0	6	3			
C. Cannabis	0	6	3			
D. Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3			
E. Estimulantes de tipo anfetamina	0	6	3			
F. Inhalantes	0	6	3			
G. Sedantes o pastillas para dormir	0	6	3			
H. Alucinógenos	0	6	3			
I. Opiáceos	0	6	3			
J. Otras, especifique:	0	6	3			

Nota: Si se ha inyectado drogas en los últimos tres meses se debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Apéndice E

Subescala de riesgo de suicidio de la MINI Entrevista neuropsiquiátrica internacional



Riesgo de suicidio

A veces, cuando nos sentimos muy tristes y desesperados, no sabemos qué hacer y podemos llegar a pensar en la utilidad y valor de la vida o que sería mejor dejar de existir. Tomando en cuenta esto, a continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con esta forma de pensar y de sentirse. Por favor conteste indicando la opción con la que mejor se identifique durante este **último mes**.

	Sí	No	Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?			2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?			6
4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?			10
5. ¿Ha intentado suicidarse?			10
6. A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse?			4

Apéndice F

Evaluación breve de riesgo para el personal clínico (DA-5)

EVALUACIÓN DEL PELIGRO– 5 (DA-5)* EVALUACIÓN BREVE DE RIESGO PARA EL PERSONAL CLÍNICO

Copyright 2009, 2017 • www.dangerassessment.org

La DA-5 (del inglés DANGER ASSESSMENT-5) es una evaluación breve de riesgo que identifica a las víctimas en alto riesgo de homicidio o de sufrir lesiones graves a manos de la pareja en una relación íntima actual o de su expareja.¹⁻³ Se recomienda su uso en casos donde se evidencie la violencia por parte de la una pareja o expareja en la Sala de Emergencia o en cualquier otro servicio de atención médica, o en la comparecencia de procedimientos judiciales para una orden de protección o para la custodia de menores, y circunstancias similares de proveer tratamiento o asistencia. La presencia de estos factores de riesgo puede significar que la víctima se encuentra ante el peligro de sufrir graves lesiones o incluso la muerte. Las evaluaciones de riesgo basados en evidencias deben aplicarse en sintonía con la capacidad de auto determinación de los/as sobrevivientes y el conocimiento especializado de los/as profesionales, para desarrollar de forma conjunta el mejor camino a seguir para cada individuo.

Conteste Sí o No a cada una de las siguientes preguntas.

- _____ 1. ¿Ha aumentado la severidad o frecuencia de la violencia física durante el último año?
- _____ 2. ¿En alguna ocasión su pareja (o expareja) ha usado contra usted o le ha amenazado con algún tipo de arma?
- _____ 3. ¿Cree usted capaz a su pareja (o expareja) de matarla?
- _____ *4. ¿Alguna vez su pareja (o expareja) ha intentado asfixiarla/estrangularla o cortar la respiración?
- 4a. En caso de que su pareja haya intentado asfixiarla/estrangularla o cortar la respiración, marque aquí: _____
 - 4b. ¿Hace cuánto tiempo de esto aproximadamente? _____
 - 4c. ¿Ha ocurrido más de una vez? _____
 - 4d. ¿Le provocó a usted la pérdida de conocimiento, que se desmayara o que se mareara? _____
- _____ 5. ¿Su pareja muestra celos hacia usted de forma violenta y constante?

_____ **Total, de "SI" como respuesta**

*se puede hacer esta pregunta en vez de o además de: ¿Alguna vez su pareja (o ex) le ha golpeado estando embarazada?

Instrucciones para calcular los resultados	Protocolo breve para casos de estrangulación
<p>4 o 5 respuestas de "si":</p> <ul style="list-style-type: none"> Dígale a la víctima que corre peligro. Ofrezca la oportunidad de llamar a la policía y/o comunicarse con una línea confidencial (800-799-7233). Realice la llamada con la víctima y/o transfiera el caso a un/a intercesor/a experto/a. <p>3 respuestas de "si":</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la víctima es una mujer y usted está capacitado/a para usar la Evaluación de Peligro (DA): <ul style="list-style-type: none"> Complete la DA en su totalidad con la ayuda de un calendario y el sistema de puntuación ponderada. Informe a la víctima acerca del grado de peligro que corre. Elabore la planificación de seguridad a partir de los resultados que arroje la DA entera. Si la víctima es una mujer y usted NO está capacitado/a para usar la DA: <ul style="list-style-type: none"> Pase el caso a alguien calificado para llevar a cabo la DA entera (se recomienda transferirla en persona o verbalmente). <p>2 respuestas de "si":</p> <ul style="list-style-type: none"> Alerte a la víctima de que existen 2 factores de riesgo relacionados con lesiones graves/agresiones/asesinato. Si la víctima está de acuerdo, transfiera el caso a un/a intercesor/a experto/a (se recomienda transferirla en persona o verbalmente). <p>0-1 respuestas de "si":</p> <ul style="list-style-type: none"> Continúe con los trámites/procedimientos normales que se siguen en caso de violencia doméstica. 	<p>Si la víctima contestó sí a la pregunta 4a, siga este protocolo para casos de estrangulación para una evaluación más exhaustiva y/o transfírela a alguien capacitado/a para realizar la siguiente valoración.</p> <p>Si la estrangulación ocurrió hace menos de una semana:</p> <ul style="list-style-type: none"> Busque signos físicos de estrangulación en la garganta, el cuello, la cara y el cuero cabelludo. Consulte la evaluación de estrangulación y a la información sobre evaluación radiológica que se ofrece en www.strangulationtraininginstitute.com Prosiga con la atención médica de emergencia para casos de estrangulación, sobre todo en caso o posible caso de pérdida de conciencia (las víctimas suelen tener dudas sobre esto) en especial si ha sufrido incontinencia — pregúntele si se ha orinado. <p>Si hubo múltiples intentos de estrangulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realice un examen neurológico para desechar daños cerebrales o refiera el caso para un estudio. Informe a la víctima sobre el aumento en el riesgo de homicidio. <p>Si la víctima lo desea, notifique a la policía o a la fiscalía:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conozca la legislación local/estatal sobre la estrangulación y los términos de denuncia/notificación obligatoria e informe a la víctima sobre esto. <p>Para más información consulte: www.dangerassessment.org</p>

¹Versión resumida de la Evaluación de Peligro/Riesgo (DA) del año 2003. La versión completa de la DA y su sistema de puntuación ponderada, ofrece la evaluación del riesgo con mayor exactitud. La DA y sus modificaciones son evaluaciones del riesgo que se basan en evidencias y están diseñadas para el trabajo con sobrevivientes y las personas que les brindan apoyo, con el fin de educarles acerca del riesgo de muerte o de sufrir nuevas agresiones y ayudarles en su toma de decisiones. ²Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, S.C., y Campbell, J. (2009). La violencia por parte de la pareja: Elaboración de una valoración de riesgo resumida para el departamento de urgencias. *Society for Academic Emergency Medicine*, 16, 1209-1216. ³Messing, J.T., Campbell, J.C., y Snider, C. (2017). Verificación y modificación de la Evaluación de Peligro - 5 (DA-5): Evaluación resumida del riesgo de violencia en la pareja. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 3220-3230. Con el apoyo de la Subvención No. 2015-SI-AX-K005 concedida por la Oficina para la Prevención de la Violencia Contra la Mujer, del Departamento de Justicia de los EE. UU. Las opiniones, resultados, conclusiones y recomendaciones contenidas en este trabajo son responsabilidad exclusiva de los/as autores/as y no reflejan necesariamente la opinión del Departamento de Justicia de los EE. UU. y de la Oficina para la Prevención de la Violencia Contra la Mujer.

Apéndice G

Entrevista clínica semiestructura para el DSM y escalas de calificación utilizadas en la intervención (trastorno histriónico y límite de la personalidad)

SCID-II

Cuestionario de Personalidad

Instrucciones

Estas preguntas son de la clase de persona que generalmente es - esto es, cómo se ha sentido y comportado usualmente en los últimos años. Circule "SI" si la pregunta se aplica completamente o casi completamente a usted, o circule "NO" si la pregunta no se aplica a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de su respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o actividades que involucren el tratar con mucha gente?	NO	SI	PQ4
2.	¿Evita relacionarse con las personas a menos que esté seguro que les va a caer bien?	NO	SI	PQ5
3.	¿Se le dificulta "abrirse" aún con la gente cercana a usted?	NO	SI	PQ6
4.	¿Se preocupa con frecuencia de ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	PQ7
5.	¿Usualmente está callado cuando conoce a nuevas personas?	NO	SI	PQ8
6.	¿Cree que no es tan bueno, tan inteligente o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	PQ9
7.	¿Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas?	NO	SI	PQ10
8.	¿Necesita mucho el apoyo de otras personas para tomar alguna decisión cotidiana - como qué ponerse o que pedir en un restaurante?	NO	SI	PQ11
9.	¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como finanzas, cuidado infantil, o arreglos de vivienda?	NO	SI	PQ12
10.	¿Se le dificulta no estar de acuerdo con las personas aunque sepa que ellos están equivocados?	NO	SI	PQ13
11.	¿Se le dificulta empezar o trabajar en tareas cuando no hay alguien que lo ayude?	NO	SI	PQ14
12.	¿Se ha ofrecido a hacer cosas que no le gusta hacer?	NO	SI	PQ15
13.	¿Se siente incómodo cuando está solo?	NO	SI	PQ16
14.	¿Cuando termina una relación cercana, de inmediato siente la necesidad de encontrar a alguien más que se haga cargo de usted?	NO	SI	PQ17
15.	¿Se preocupa demasiado por estar solo y cuidarse por sí mismo?	NO	SI	PQ18
16.	¿Es usted la clase de personas que se fija en los detalles, el orden y la organización o que le gusta hacer listas y horarios?	NO	SI	PQ19
17.	¿Se le dificulta terminar un trabajo porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas salgan correctamente?	NO	SI	PQ20
18.	¿Usted u otras personas piensan que es demasiado devoto al trabajo (o escuela y que no tiene tiempo para nadie más o para divertirse?	NO	SI	PQ21
19.	¿Tiene estándares muy rígidos de lo que es bueno y malo?	NO	SI	PQ22
20.	¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que en algún momento le pueden servir?	NO	SI	PQ23
21.	¿Se le dificulta que otras personas le ayuden a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas como usted quiere?	NO	SI	PQ24
22.	¿Se le dificulta gastar el dinero en usted u otras personas aún cuando tenga suficiente dinero?	NO	SI	PQ25
23.	¿Con frecuencia está seguro de que usted está en lo correcto sin importar lo que los demás le digan?	NO	SI	PQ26
24.	¿Le han dicho que es muy tenaz o rígido?	NO	SI	PQ27
25.	¿Cuando alguien le pide que haga algo que no quiere hacer, dice que sí pero luego trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	NO	SI	PQ28
26.	¿Si no quiere hacer algo, con frecuencia se le "olvida" hacerlo?	NO	SI	PQ29
27.	¿Con frecuencia siente que los demás no lo entienden o no aprecian lo mucho que hace?	NO	SI	PQ30
28.	¿Con frecuencia es testarudo o le gusta discutir mucho?	NO	SI	PQ31
29.	¿Se ha percatado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que supuestamente deben saber lo que hacen, en realidad no lo saben?	NO	SI	PQ32
30.	¿Con frecuencia piensa que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	PQ33
31.	¿Con frecuencia se queja de que la mayoría de las cosas malas le ocurren a usted?	NO	SI	PQ34
32.	¿Con frecuencia se rehúsa a hacer lo que otros quieren y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	PQ35
33.	¿Con frecuencia se siente infeliz o piensa que la vida no es divertida?	NO	SI	PQ36
34.	¿Cree que es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente cómodo con usted mismo?	NO	SI	PQ37
35.	¿Con frecuencia se siente decaído?	NO	SI	PQ38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que ocurrieron en el pasado o se preocupa de que ocurran	NO	SI	PQ39

cosas malas en el futuro?			
37.	¿Con frecuencia juzga duramente a otros y los encuentra culpables?	NO	SI PQ40
38.	¿Piensa que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI PQ41
39.	¿Espera casi siempre que las cosas le salgan mal?	NO	SI PQ42
40.	¿Se siente culpable por cosas que ha o no hecho?	NO	SI PQ43
41.	¿Con frecuencia se encuentra a la defensiva para que no lo usen o lastimen?	NO	SI PQ44
42.	¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos o en la gente con la que trabaja?	NO	SI PQ45
43.	¿Se ha dado cuenta de que es mejor no dejar que las personas sepan mucho de usted porque pueden usarlo en su contra?	NO	SI PQ46
44.	¿Con frecuencia detecta amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI PQ47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o le toma mucho tiempo perdonar a las personas que lo han insultado o lastimado?	NO	SI PQ48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI PQ49
47.	¿Se enoja con frecuencia cuando alguien lo critica o lo insulta de alguna forma?	NO	SI PQ50
48.	¿Con frecuencia sospecha que su pareja le ha sido infiel?	NO	SI PQ51
49.	¿Cuando está en público y ve a dos personas platicar, con frecuencia siente que están hablando de usted?	NO	SI PQ52
50.	¿Con frecuencia siente que las cosas que no tienen un significado especial para la mayoría de las personas, en realidad buscan enviarle a usted un mensaje especial?	NO	SI PQ53
51.	¿Cuando está con gente, con frecuencia siente que lo están observando o espiando?	NO	SI PQ54
52.	¿Alguna vez ha sentido que puede hacer que las cosas sucedan solo con desearlo o pensar en ello?	NO	SI PQ55
53.	¿Alguna vez ha tenido experiencias sobrenaturales?	NO	SI PQ56
54.	¿Cree que tiene un "sexto sentido" que le permite saber y predecir lo que otros no pueden?	NO	SI PQ57
55.	¿Con frecuencia parece que los objetos o sombras son personas o animales reales o que los sonidos son voces de personas?	NO	SI PQ58
56.	¿Alguna vez ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza está a su alrededor, aunque no pueda ver a nadie?	NO	SI PQ59
57.	¿Con frecuencia ve auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI PQ60
58.	¿Hay personas realmente cercanas a usted además de su familia?	NO	SI PQ61
59.	¿Con frecuencia se siente nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI PQ62
60.	¿Realmente no le es importante el tener relaciones estrechas?	NO	SI PQ63
61.	¿Prefiera hacer las cosas solo que en compañía de alguien?	NO	SI PQ64
62.	¿Estaría contento sin haber estado involucrado sexualmente con alguien?	NO	SI PQ65
63.	¿Realmente son pocas las cosas que le dan placer?	NO	SI PQ66
64.	¿No le importa lo que la gente piense de usted?	NO	SI PQ67
65.	¿Se ha dado cuenta que nada lo hace feliz o lo pone triste?	NO	SI PQ68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI PQ69
67.	¿Le gusta coquetear demasiado?	NO	SI PQ70
68.	¿Con frecuencia se encuentra "hostigando" a las personas?	NO	SI PQ71
69.	¿Trata de llamar la atención por la forma en como viste y se ve?	NO	SI PQ72
70.	¿Con frecuencia es dramático y exagerado?	NO	SI PQ73
71.	¿Cambia su forma de pensar acerca de las cosas dependiendo de con quien esté o por lo que ha leído o visto en televisión?	NO	SI PQ74
72.	¿Tiene muchos amigos cercanos?	NO	SI PQ75
73.	¿Con frecuencia menosprecia sus talentos o logros?	NO	SI PQ76
74.	¿La gente le ha dicho que tiene una opinión muy elevada de sí mismo?	NO	SI PQ77
75.	¿Piensa mucho en el poder, fama o reconocimiento que tendrá algún día?	NO	SI PQ78
76.	¿Piensa mucho en el romance perfecto que tendrá algún día?	NO	SI PQ79
77.	¿Cuando tiene algún problema, casi siempre insiste en ver a la persona que tiene el nivel más alto?	NO	SI PQ80
78.	¿Siente que es importante pasar tiempo con las personas que son especiales o con influencias?	NO	SI PQ81
79.	¿Es muy importante que las personas le pongan atención o lo admiren de alguna forma?	NO	SI PQ82
80.	¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se atraviesan en su camino?	NO	SI PQ83
81.	¿Siente que usted es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI PQ84

82.	¿Piensa que es necesario aplastar a algunas personas para conseguir lo que se desea?	NO	SI	PQ85
83.	¿Con frecuencia antepone sus necesidades a las necesidades de otros?	NO	SI	PQ86
84.	¿Con frecuencia espera que los demás hagan lo que les pide sin preguntar nada, solo por ser usted?	NO	SI	PQ87
85.	¿En realidad no está interesado en los problemas o sentimientos de los demás?	NO	SI	PQ88
86.	¿La gente se ha quejado de que no los escucha o no se preocupa por ellos?	NO	SI	PQ89
87.	¿Con frecuencia envidia a otros?	NO	SI	PQ90
88.	¿Siente que los demás le tienen envidia?	NO	SI	PQ91
89.	¿Se ha dado cuenta que en realidad existen pocas personas por las que vale la pena su tiempo y atención?	NO	SI	PQ92
90.	¿Se ha puesto frenético porque pensaba que alguien que le importaba lo iba a dejar?	NO	SI	PQ93
91.	¿Sus relaciones con las personas que le interesan tienen muchos altibajos?	NO	SI	PQ94
92.	¿Ha cambiado repentinamente el sentido de quién es o dónde está?	NO	SI	PQ95
93.	¿El sentido de quién es con frecuencia cambia dramáticamente?	NO	SI	PQ96
94.	¿Se comporta de forma distinta con distintas personas o en diferentes situaciones, por lo que en ocasiones ya no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	PQ97
95.	¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas?	NO	SI	PQ98
96.	¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	NO	SI	PQ99
97.	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o a amenazado con hacerlo?	NO	SI	PQ100
98.	¿¿Alguna vez se ha cortado o quemado a propósito?	NO	SI	PQ101
99.	¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	PQ102
100.	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro?	NO	SI	PQ103
101.	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja tanto que pierde el control?	NO	SI	PQ104
102.	¿Ha golpeado gente o arrojado cosas cuando está enojado?	NO	SI	PQ105
103.	¿Incluso las cosas pequeñas lo hacen enojar demasiado?	NO	SI	PQ106
104.	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de las demás personas o se siente sin espacio?	NO	SI	PQ107
105.	¿Antes de que tuviera 15 años, amenazaba a otros niños?	NO	SI	PQ108
106.	¿Antes de que tuviera 15 años, iniciaba peleas?	NO	SI	PQ109
107.	¿Antes de que tuviera 15 años, lastimó o amenazó a alguien con un arma, como un bat, ladrillo, una botella rota, cuchillo o pistola?	NO	SI	PQ110
108.	¿Antes de que tuviera 15 años, deliberadamente torturó a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	PQ111
109.	¿Antes de que tuviera 15 años, torturó o lastimó a algún animal a propósito?	NO	SI	PQ112
110.	¿Antes de que tuviera 15 años, le robó o arrebató a alguien algo por medio de amenazas?	NO	SI	PQ113
111.	¿Antes de que tuviera 15 años, forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a que se desnudara enfrente de usted o que lo tocara sexualmente?	NO	SI	PQ114
112.	¿Antes de que tuviera 15 años, provocó algún incendio?	NO	SI	PQ115
113.	¿Antes de que tuviera 15 años, destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	PQ116
114.	¿Antes de que tuviera 15 años, irrumpió en alguna casa, edificio o carro?	NO	SI	PQ117
115.	¿Antes de que tuviera 15 años, mentía demasiado o engañaba a las personas?	NO	SI	PQ118
116.	¿Antes de que tuviera 15 años, en ocasiones robaba cosas o falsificaba la firma de alguien?	NO	SI	PQ119
117.	¿Antes de que tuviera 15 años, huyó de su casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	PQ120
118.	¿Antes de que tuviera 13 años, con frecuencia se quedaba fuera de casa hasta tarde, mucho más tarde de lo que supuestamente debía?	NO	SI	PQ121
119.	¿Antes de que tuviera 13 años, faltaba mucho a la escuela?	NO	SI	PQ122

SCID - II

Trastorno Histriónico de la Personalidad

? = Inadecuado 1 = Ausente o falso 2 = Subumbral 3 = Umbral o verdadero

Trastorno Histriónico de la Personalidad		Criterios para el Trastorno Histriónico de la Personalidad			
		Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:			
66	¿Le gusta ser el centro de atención? ¿Cómo se siente cuando no lo es?	(1) No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención. 3 = Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.	? 1 2 3	93	
67	¿Coquetea demasiado? ¿Alguien se ha quejado por esto? (TAMBIÉN CONSIDERE EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)	(2) La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador. 3 = Acepta las quejas, describe el comportamiento inapropiado o seducción inapropiada.	? 1 2 3	94	
68	¿Se ha dado cuenta de que frecuentemente hostiga a las personas? Platíqueme de ello (CONSIDERE EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA)	(3) Muestra una expresión emocional superficial o rápidamente cambiante.	? 1 2 3	95	
69	¿Trata de llamar la atención por su forma de vestir o actuar? ¿Cómo lo hace? ¿Lo hace todo el tiempo? LO OBSERVADO DURANTE LA ENTREVISTA	(4) Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo. 3 = Da ejemplos y acepta que el comportamiento se presenta todo el tiempo.	? 1 2 3	96	
70	¿Con frecuencia llega a ser dramático? Platíqueme de ello (CONSIDERE EL COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA) (¿Le gusta demostrar sus emociones por ejemplo, abrazar a las personas aunque no los conozca bien o llorar con facilidad?)	(5) Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. (6) Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional. 3 = Acepta la característica y al menos da un ejemplo.	? 1 2 3	98	
71	¿Con frecuencia cambia su forma de pensar acerca de las cosas dependiendo de las personas con las que se encuentre o por lo que acaba de leer o ver en la TV? Platíqueme de ello	(7) Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias. 3 = Acepta la característica y al menos da un ejemplo.	? 1 2 3	99	
72	¿Tiene muchos amigos cercanos? ¿Cuántos? ¿Quiénes son?	(8) Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad. 3 = Manifiesta tener más relaciones "íntimas" que las reales.	? 1 2 3	100	
			AL MENOS CINCO REACTIVOS CODIFICADOS "3"	1 3	101

↓
Trastorno Histriónico

SCID - II

Trastorno Límite de la Personalidad

? = Inadecuado 1 = Ausente o falso 2 = Subumbral 3 = Umbral o verdadero

Trastorno Límite de la Personalidad	Criterios para el Trastorno Límite de la Personalidad				
	Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:				
90 ¿Se ha puesto frenético cuando alguien que le importaba lo iba a dejar?	(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5). 3 = Varios ejemplos.	?	1	2	3 112
¿Que fue lo que hizo? (¿Lo amenazó o le suplicó?)					
91 ¿Las relaciones con la gente que le importa tienen muchos altibajos?	(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternativa entre los extremos de idealización y devaluación. 3 = Ya sea una relación prolongada o varias relaciones breves en donde el patrón ocurre al menos dos veces.	?	1	2	3 113
Platíqueme de ello					
(¿Hubo momentos en los que pensó que ellos eran todo lo que usted deseaba y otros momentos en los que pensó que eran terribles? ¿Cuántas de sus relaciones han sido así?)					
92 ¿De forma repentina ha perdido el sentido de quien es y hacia donde se dirige? Deme algunos ejemplos de esto	(3) Alteración de la identidad; autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. (Nota: No se incluyen la incertidumbre normal del adolescente). 3 = Acepta la característica.	?	1	2	3 114
93 ¿El sentido de quien es cambia de forma dramática? Platíqueme de ello					
94 ¿Se comporta diferente con distintas personas o diferentes situaciones por lo que en ocasiones ya no sabe quien es en realidad? Deme algunos ejemplos de esto (¿Se siente de esta forma muy seguido?)					
95 ¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas, etc.? Platíqueme de ello					
96 ¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	(4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (Nota: No incluir los comportamientos suicidas o automutilación que se recogen en el criterio 5). 3 = Varios ejemplos que indican un patrón de comportamiento impulsivo (no necesariamente limitado a los ejemplos expuestos anteriormente).	?	1	2	3 115
¿Qué clase de cosas? (¿Qué acerca de... ...comprar cosas que no puede pagar? ...tener relaciones sexuales con personas que no conoce muy bien o "sexo no seguro"?)					

	...beber demasiado o consumir drogas?				
	...manejar sin precaución?				
	...comer sin control alguno?)				
	SI A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES:				
	Platíqueme de ello. ¿Con qué frecuencia ocurre? ¿Qué clase de problemas le ha causado?				
97	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o ha amenazado con hacerlo?	(5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.	? 1 2 3		116
98	¿alguna vez se ha cortado, quemado o lastimado a propósito? Platíqueme de ello.	3 = Dos o más eventos (cuando no ocurren en el curso de un episodio depresivo mayor)			
99	¿Tiene muchos cambios repentinos de humor? Platíqueme de ello	(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).	? 1 2 3		117
	(¿Cuánto dura su "mal" humor? ¿Con que frecuencia se dan estos cambios? ¿Que tan repentinamente cambian?)	3 = Acepta la característica.			
100	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro? Platíqueme de ello.	(7) Sentimientos crónicos de vacío.	? 1 2 3		118
	(¿Cuánto dura su "mal" humor? ¿Con que frecuencia se dan estos cambios? ¿Que tan repentinamente cambian?)	3 = Acepta la característica.			
101	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja a tal grado de perder el control? Platíqueme de ello	(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	? 1 2 3		119
	(¿Cuánto dura su "mal" humor? ¿Con que frecuencia se dan estos cambios? ¿Que tan repentinamente cambian?)	3 = Acepta la característica y al menos da un ejemplo.			
102	¿Con frecuencia golpea a la gente o arroja cosas cuando está enojado? Platíqueme de ello				
	(¿Ocurre con frecuencia?)				
103	¿Aún las cosas pequeñas le enojan demasiado? ¿Cuándo ocurre esto? (¿Ocurre con frecuencia?)				
104	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de otras personas o se siente sin espacio alguno? Platíqueme de ello.	(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves	? 1 2 3		120
		3 = Varios ejemplos que no ocurren exclusivamente durante un trastorno psicótico o afectivo con rasgos psicóticos			
		AL MENOS CINCO REACTIVOS CODIFICADOS "3"	1 3		121

↓

Trastorno Límite de la Personalidad

Apéndice H

HELPS Herramienta de Tamizaje de lesiones cerebrales

HELPS Brain Injury Screening Tool

Name: _____ Date of Screen: _____ Screener: _____

H Have you ever **Hit your Head** or been **Hit on the Head**? Yes No

Note: Prompt client to think about all incidents that may have occurred at any age, even those that did not seem serious: vehicle accidents, falls, assault, abuse, sports, etc. Screen for domestic violence and child abuse, and also for service-related injuries. A TBI can also occur from violent shaking of the head, such as being shaken as a baby or child.

E Were you ever seen in the **Emergency room, hospital, or by a doctor** because of an injury to your head? Yes No

Note: Many people are seen for treatment. However, there are those who cannot afford treatment, or who do not think they require medical attention.

L Did you ever **Lose consciousness** or experience a period of being dazed and confused because of an injury to your head? Yes No

Note: People with TBI may not lose consciousness but experience an "alteration of consciousness." This may include feeling dazed, confused, or disoriented at the time of the injury, or being unable to remember the events surrounding the injury.

P Do you experience any of these **Problems in your daily life** since you hit your head? Yes No

Note: Ask your client if s/he experiences any of the following problems and ask when the problem presented. You are looking for a combination of two or more problems that were not present prior to the injury.

Mark all that apply:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Difficulty remembering |
| <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Difficulty reading, writing, calculating |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Poor problem solving |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Difficulty performing your job/schoolwork/daily tasks |
| <input type="checkbox"/> Difficulty concentrating | <input type="checkbox"/> Change in relationships with others |
| <input type="checkbox"/> Poor judgment (fired from job, suspended/expelled from school or day program, arrests, fights) | |

S Any significant **Sicknesses**? Yes No

Note: Traumatic brain injury implies a physical blow to the head but acquired brain injury may also be caused by medical conditions, such as: brain tumor, meningitis, West Nile virus, stroke, seizures. Also screen for instances of oxygen deprivation such as following a heart attack, carbon monoxide poisoning, near drowning, near suffocation/choking/strangulation, failed suicide attempts, unhealthy substance use and overdose history.

A HELPS screening is considered positive for a possible TBI when the following 3 items are identified:

1. An event that could have caused a brain injury (Yes to **H**, **E** or **S**), **AND**
2. A period of loss of consciousness or altered consciousness after the injury or another indication that the injury was severe (yes to **L** or **E**), **AND**
3. The presence of two or more chronic problems listed under **P** that were not present before the injury