



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA**  
**PSICOLOGÍA Y SALUD**

# **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL: INFORME DE CASO CLÍNICO**

## **REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

## **MAESTRIA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**LIC. GRACIELA ISABEL WILSON CORRAL**

**DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN**

**COMITÉ TUTORAL**

**PRESIDENTA Y TUTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN**  
**REVISOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO**  
**SECRETARIA: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY**  
**SUPLENTES: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA**  
**MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA**

**MÉXICO, D.F.**

**2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

A mi hija Paloma Isabel, el logro de esta meta es por ti y para ti porque eres mi mayor bendición.

A mi esposo Raúl, sin ti hubiera sido simplemente imposible llegar hasta aquí, te amo.

A mis padres Daniel y Victoria, porque me han dado todo, muchas gracias, los quiero.

A mis hermanos Gildardo, Martha, Sandra, Julieta, Daniel e Ismael, los amo profundamente y estoy orgullosa de todos ustedes, son los mejores hermanos del mundo.

A mis sobrinos Víctor Manuel, Esmeralda, Alexis, Alexia, Erika, Estefanía y Estrella, niños, gracias por darle tanta alegría a mi vida.

A mis amigos de siempre: Navo, Luz, Patty, Nora, César, Juan Pedro, Lupita, Lucy, Mayra, Flor y Verónica, gracias por los buenos momentos compartidos.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de superarme en mi formación profesional.

A mi Tutora Académica, Dra. Laura Hernández Guzmán, muchas gracias por tu apoyo constante en este camino, con tu paciencia me hiciste ver que sí se puede.

A mi Maestra Rebeca Sánchez, nunca olvidaré la calidez con que me apoyaste cuando lo necesité, de verdad me ayudaste a seguir adelante.

A todos mis profesores de la Maestría, porque cada uno me compartió su valiosa experiencia y conocimientos para formarme como profesional y como persona.

A uno de los duetos más fieles que he conocido, Leo e Isaac (q.e.p.d.), porque siempre que los necesité, estuvieron ahí.

Al Hospital Juárez de México por abrirme la puerta a un mundo diferente.

A los Institutos Nacional de Cancerología y Nacional de Rehabilitación porque ahí pude convivir de cerca con equipos de Salud de lo más profesional en México.

A los pacientes de mis distintas Sedes porque me enseñaron que por más grandes que sean los problemas de salud, cuando se lucha con coraje y valentía se puede tener una vida mejor.

## ÍNDICE

	<b>PÁG.</b>
<b>PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL</b>	<b>1</b>
Definiciones de Psicología de la Salud .....	3
Componentes que comparten las definiciones de Psicología de la Salud .....	8
Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud .....	10
Definiciones de Medicina Conductual .....	13
Elementos que comparten las definiciones de Medicina Conductual.....	16
Modelos de Comportamiento Sano .....	18
Modelo de Creencia de la Salud (MCS) .....	18
Teoría de la Acción Razonada (TAR) .....	19
Teoría del Comportamiento Planeado .....	20
Conducta y Salud: Inmunógenos y Patógenos Conductuales .....	21
<b>CÁNCER</b>	<b>23</b>
Importancia del comportamiento en el cáncer.....	27
Estrés y cáncer.....	29
Intervenciones psicológicas en cáncer en México.....	33
Caso clínico atendido en visita domiciliaria.....	34
<b>CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOEFICACIA EN DIABETES.</b>	<b>38</b>
Fundamentación teórica	38
Justificación	44
Método	44
Resultados	47
Piloteo con 32 pacientes	54
Aplicación final con 82 pacientes	58
Escala final de autoeficacia y adherencia en diabetes	64
<b>CASO CLÍNICO</b>	<b>67</b>
Ficha de identificación.....	67
Motivo de consulta.....	67
Impresión y actitud general.....	68
Antecedentes de importancia.....	68
Historia médico-psiquiátrica.....	70
Padecimiento actual.....	70
Examen mental.....	71
Diagnóstico multiaxial.....	71
Conceptualización cognitivo conductual: Revisión de la literatura e impresión diagnóstica.....	72
Objetivos de la intervención psicológica.....	75
Resultados .....	75

Efectos de la intervención con la paciente.....	80
Impacto de la intervención psicológica.....	80
Principales logros de la intervención con la paciente.....	81
Seguimiento.....	81
Principales logros de la intervención para el desarrollo de Competencias.....	82
REFERENCIAS.....	83
Anexos. Informe de experiencia profesional.....	86
Anexo 1. Residencia en el Hospital Juárez de México.....	86
Características de la Sede.....	86
Ubicación del residente de Medicina Conductual.....	87
Actividades Académicas en la Sede.....	88
Actividades desarrolladas en la Sede.....	89
Asistencia a eventos académicos.....	90
Anexo 2. Residencia en el Instituto Nacional de Cancerología.....	92
Características de la Sede .....	92
Ubicación del Residente de Medicina Conductual .....	92
Actividades Académicas en la Sede .....	93
Actividades desarrolladas en la Sede .....	93
Anexo 3. Residencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación.....	95
Características de la Sede .....	95
Ubicación del Residente de Medicina Conductual .....	96
Actividades Académicas en la Sede .....	96
Actividades desarrolladas en la Sede .....	97
Anexo 4. Competencias Profesionales adquiridas a través de mi estancia en las tres sedes anteriormente descritas.....	98

## RESUMEN

El presente informe es el resultado del trabajo realizado en la Maestría Profesional con Residencia en Medicina Conductual. Primero se expone una amplia revisión de las definiciones de psicología de la salud y medicina conductual, los aspectos en común y las diferencias entre los distintos conceptos. En segundo lugar se revisa el tema del cáncer y cómo los aspectos psicológicos y conductuales juegan un rol importante para enfrentar la enfermedad. También se presentan algunos estudios hechos en México sobre intervenciones psicológicas en cáncer. En tercer lugar se expone el proceso de construcción de un instrumento para medir adherencia terapéutica y autoeficacia en diabetes; su elaboración incluyó un piloteo con 32 pacientes y el instrumento final se aplicó a 82 pacientes. La cuarta parte es un caso clínico atendido en el servicio de medicina interna. La evaluación e intervenciones se realizaron durante el periodo en que la paciente estuvo internada en el hospital. Se muestra cómo se evaluó a la paciente, la conceptualización cognitivo conductual que se formuló, los objetivos de la intervención y los logros alcanzados como resultado de la misma. Finalmente se describen las sedes hospitalarias donde se realizó la residencia participando como psicóloga dentro de equipos médicos y las actividades que se realizaron.

## PSICOLOGIA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL

La psicología es una disciplina que a la vez que incursiona en el ámbito profesional y de prestación de servicios, funda sus recomendaciones y aplicaciones profesionales en investigación científica y sólida tanto aplicada como básica. Los contextos profesionales a los que la psicología contribuye son todos en los que el quehacer humano interviene y tienen al comportamiento como ingrediente principal. El ámbito de la salud no se sustrae a esta influencia. El comportamiento humano guarda una asociación íntima y directa con el equilibrio salud-enfermedad, y contribuye a su mantenimiento o a su ruptura.

A partir de la fundación, en 1978, de la División de Psicología de la salud dentro de la American Psychological Association, se reconoce formalmente a la psicología de la salud. La publicación de la revista *Health Psychology* en 1982 y en 1984 el establecimiento del Grupo de Psicología de la salud dentro de la British Psychological Society, que se convirtió en la Sección de Psicología de la Salud en 1987 y, finalmente, en el Grupo Especial de Psicología de la Salud en 1992, son también transiciones importantes hacia la aceptación de la Psicología de la salud como campo de acción de la psicología.

En la medida en la que ha adquirido reconocimiento, el ámbito de acción de la psicología de la salud se ha ampliado de manera importante. Sus definiciones, aunque diversas, comparten elementos que reconocen su fundamento psicológico y la contribución de la psicología como ciencia al equilibrio salud-enfermedad.

En las diversas definiciones de "Psicología de la Salud" se encuentra coincidencia en cuanto a algunos de sus componentes. Por ejemplo, el aspecto en común que presentan las distintas definiciones de la psicología de la salud, es que se fundamenta en aplicaciones profesionales en los problemas de salud enfermedad y la búsqueda de la promoción de la salud. Por su parte, la mayoría de los autores



coinciden en que la medicina conductual se encarga de relacionar a la salud con la enfermedad así como integrar y aplicar conocimientos científicos y conductuales para el tratamiento. Estos puntos y otros relacionados con los modelos de comportamiento sano y la importancia de la conducta para la salud (inmunógenos y patógenos) se exponen a continuación.

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evolución sobre los conceptos de salud y algunas tendencias dominantes y alternativas en la medicina.

Entre los modelos de orientación clínica se encuentran la psicología clínica, la psicología de la salud y la medicina conductual.

Hacer referencia a las definiciones actualmente conocidas de Psicología de la Salud y Medicina conductual requiere retroceder un poco en la historia para una mejor comprensión de su origen y de la manera en cómo han ido evolucionando éstas; por ejemplo, se sabe de la psicología clínica que comienza a fines del siglo XIX, asociada al trabajo de instituciones para enfermos mentales.

La psicología de la salud, tuvo sus comienzos en 1896, cuando Lighthner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. Durante ese período de inicio, sucedió una serie de eventos que desempeñaron papeles de diversa importancia en el crecimiento de la psicología clínica, como la aparición de algunas pruebas de inteligencia o el avance de la psiquiatría. También se detectaron grandes necesidades asistenciales a causa de la Segunda Guerra Mundial, lo cual generó trabajo para los psicólogos clínicos en el tratamiento de los enfermos de manera individual y grupal, con lo cual también se dio una expansión de las carreras de psicología en las universidades de distintos países.

En la actualidad y desde su inicio, la Psicología de la Salud sigue conservando sus características básicas:

Es un modelo de actuación profesional que se centra en la enfermedad más que en la salud; se enfoca al individuo más que a los grupos o a las comunidades; enmarcado, como referencia, en la enfermedad “mental”, dirigido prioritariamente al diagnóstico; vinculado frecuentemente al trabajo hospitalario más que a la atención primaria en instituciones comunitarias; estrechamente asociado a la psiquiatría (Morales Calatayud, 1999).

Sus aportaciones fundamentales se encuentran en el contexto asistencial, debido a que ha permitido hacer contribuciones al diagnóstico de algunas enfermedades y de sus antecedentes y a hacer más eficaz la calidad de la atención de los enfermos. De estas aportaciones se puede observar el énfasis en el diagnóstico y la atención a los enfermos, elementos que se encuentran presentes en las definiciones de Psicología de la Salud, mismas que se presentan a continuación.

### **Definiciones de Psicología de la Salud**

Haciendo una revisión de la literatura se encuentra que existen varias definiciones de psicología de la salud, de las cuales en este apartado se mencionan algunas en primer lugar, y posteriormente se presenta el análisis realizado de los elementos que éstas comparten:

Se presenta aquí la definición presentada por la División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association, quien la define como:

Las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud (1982).

También, en la revisión de la literatura se encuentra la definición de psicología de la salud que presenta Francisco Morales, quien dice que es:

Es una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud-enfermedad y de la atención a la salud. Consecuentemente, ésta se interesa en el estudio de los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicio de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales Calatayud, 1999, p. 88).

Este autor destaca que la psicología de la salud es una rama aplicada de una disciplina más general, que le interesa lo relacionado con variables psicológicas en el proceso de salud-enfermedad, que tiene carácter multicausal, se interesa en problemas de atención a la salud y enfermedad incluyendo promoción de la salud y prevención de enfermedades y produce resultados teóricos y de investigación.

Una definición más reciente dice que:

La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, consistentes en la investigación de la importancia de los factores comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos (Simón, 1999).

En este concepto de Psicología de la Salud, ésta se caracteriza principalmente por:

- 1) Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones relacionadas con la salud.
- 2) Dar prioridad a los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 3) Fomentar la investigación sobre las relaciones entre la salud y los factores comportamentales; y la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación y control o modificación.
- 4) Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención a la salud.

Por su parte, Latorre y Beneit (1994) definen a la psicología de la salud como “el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma” y concluyen que es la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines. Estos autores también mencionan que la psicología de la salud “intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica, además, establece una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente”; Intenta aclarar por qué las personas siguen presentando conductas nocivas para la salud, a pesar de que conocen los riesgos que éstas acarrearán. Así mismo refieren que uno de los apartados fundamentales de la psicología de la salud es el estudio de las variables implicadas en el desarrollo de hábitos de salud. Así, a pesar de que la psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud.

Otro autor, Gross (2004) define a la psicología de la salud como: “una subdisciplina de la psicología que aborda la relación entre los procesos psicológicos y el comportamiento, por una parte, y salud y enfermedad, por la otra” (Gross, 2004 p. 209) y añade que los psicólogos de la salud están mas interesados en el comportamiento normal cotidiano y los procesos psicológicos normales en relación con la salud y la enfermedad que en la psicopatología o en el comportamiento anormal. Sostiene que “los seres humanos deben ser vistos como un sistema complejo” (p. 209) debido a que la enfermedad es frecuentemente causada por una combinación de factores que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales. Estas suposiciones reflejan el modelo biopsicosocial de salud y enfermedad.

Quizá el autor que se ha dedicado a concentrar la mayoría de las definiciones de psicología de la salud, creadas a lo largo del tiempo es Simón (1999). Para propósitos de este capítulo, mostrar definiciones de psicología de la salud, se elaboró la Tabla 1.

Tabla 1. Definiciones de Psicología de la Salud

Autor	Definición
Matarazzo (1982)	Conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria (pág. 4)
Gatchell y Baum (1983)	Disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual (pág. 11).
Bloom (1998)	Estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad (pág. 42).
Sarafino (1990)	Campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario (pág. 483).
Carrobbles (1993)	Campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad (pág. 17).
Simón (1993)	Confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad (pág. 19).
Marks (1995)	La aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma (pág. 33; tomado de Task Force on Health Psychology de la EFPPA; 1994).
Taylor (1995)	Campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos (pág. 20).

Nota: Estos autores se encuentran citados en Simón (1999).

## **Componentes que Comparten las Definiciones de Psicología de la Salud**

También es posible realizar un análisis sobre las distintas definiciones de Psicología de la Salud recopiladas por el autor de este trabajo y las recopiladas por Simón (1999), para ver los componentes que comparten entre ellas, este análisis se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Elementos que comparten las definiciones de Psicología de la Salud

ELEMENTOS	AUTORES												
	Latorre y Beneit (1994)	Gross (2004)	Matarazzo (1982)	Gatchell y Baum (1983)	Bloom (1998)	Sarafino (1990)	Carrobbles (1993)	Simón (1993)	Marks (1995)	Taylor (1995)	Morales Calatayud (1999)	División de salud de la APA	Sumatoria
Basada en la investigación	X		X				X	X			X	X	6
Basada en aplicaciones profesionales	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	10
Prevención de la enfermedad	X		X				X	X			X	X	6
Promoción de la Salud	X	X	X		X	X		X	X		X	X	9
Mantenimiento de la salud									X	X	X	X	4
Tratamiento de la enfermedad	X	X	X		X	X	X	X			X	X	9
Contribuye al sistema sanitario	X		X			X		X			X	X	6
Promueve la elaboración de programas								X					1
Relaciona psicología y comportamiento		X			X	X					X		4
Menciona correlatos etiológicos	X		X		X					X	X	X	6

Nota: Estos autores se encuentran citados en Simón (1999).



Dentro de las definiciones antes descritas, la característica que tiene una mayor coincidencia es que la Psicología de la Salud se basa en aplicaciones profesionales, más de la mitad de las definiciones aquí presentadas convergen en la importancia de la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad y otras características relevantes para los autores son que ésta se basa en la investigación, aborda la prevención de la enfermedad, tiene contribuciones para el sistema sanitario y menciona correlatos etiológicos de la salud.

Por el contrario, un elemento que casi no se encuentra en las definiciones es que la Psicología de la Salud hace aportaciones a la política sanitaria, y un elemento más, que sólo se encuentra en una de las doce definiciones es que promueve la elaboración de programas.

Mientras que en las definiciones casi no se menciona la elaboración de programas, parece que en la práctica sí se promueve con frecuencia esta actividad para los psicólogos, por ejemplo, dentro del contexto hospitalario, la existencia de algunos manuales de adherencia terapéutica para distintos trastornos, programas de intervención de tipo Cognitivo Conductual en grupos de pacientes depresivos, ansiosos con enfermedad orgánica y varios programas para mejorar la calidad de vida en los pacientes (Del Castillo, Reyes & Sánchez-Sosa, 2004).

En este punto, es importante mencionar las distintas áreas en que se puede aplicar la Psicología de la Salud.

### **Áreas de Aplicación de la Psicología de la Salud**

El campo de aplicación de la psicología de la salud es actualmente muy extenso y tiende al crecimiento gracias a que constantemente se está realizando investigación. Se crean nuevas estrategias de intervención para la promoción de la

salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, por lo que cada vez se tienen más intervenciones y más problemas en los cuales intervenir.

Las siguientes áreas de interés del Psicólogo de la Salud fueron señaladas por Latorre y Beneit (1994):

1. Los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
2. Los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. La etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones; especialmente las causas psicosociales de la enfermedad.
4. El impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; para lo cual se desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

De la misma manera, los autores antes mencionados refieren las tendencias actuales y futuras de la psicología de la salud en términos teóricos y aplicados con los siguientes temas:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).
3. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
5. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes se someten.
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Como parte de la tarea del psicólogo, Reynoso-Erazo y Seligson (2002) mencionan que la prevención es el elemento principal, hacia el cual habrá que

enfocar los programas. Estos autores explican que se pueden percibir las conductas de prevención como las acciones que lleva a cabo una persona para mejorar o mantener su estado de salud, ya sea con el apoyo de los profesionales de la salud o bajo su propia iniciativa y que es necesario comprender claramente las creencias y los motivos que subyacen a las conductas relacionadas con la salud, tanto a los inmunógenos como a los patógenos conductuales, con el fin de poder reforzar las primeras y prevenir o modificar las segundas, ya que no es lo mismo estudiar los factores que predicen el que un sujeto entre a un programa de ejercicio, que los factores que predicen el que se mantenga en dicho programa o inclusive el que el sujeto lo abandone.

Por lo anterior, se concluye que algunos de los objetivos a conseguir en el futuro dentro de la psicología de la salud son los servicios preventivos de salud, así como la protección y promoción de la salud.

De esto se desprenden algunas características que para Simón (1999) son representativas de la psicología de la salud, las cuales se presentan de la siguiente manera:

- a) Asume un modelo integrador de salud (y enfermedad) de naturaleza biopsicosocial.
- b) El interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental. Esto es, un fuerte énfasis conceptual y operativo hacia la salud y su origen.
- c) El interés por la prevención de la enfermedad, o actuaciones sobre, fundamentalmente conductas o hábitos de riesgo (tales como, tabaquismo, alcoholismo y abuso de ciertas sustancias, patrones alimenticios

inadecuados, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso y ocio; y otros más específicos para algunos trastornos, tales como patrón de conducta tipo A y riesgo coronario, sexo no protegido y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, etc.) y sobre las características patógenas del medio.

- d) La tendencia a una perspectiva ecológico-comunitaria para las actuaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- e) La elaboración de estrategias adecuadas para la evaluación y tratamiento-rehabilitación de la enfermedad, tanto a nivel individual como comunitario.
- f) La formación de paraprofesionales y la potenciación de la actuación de otros profesionales de la salud, mejorando sus relaciones con los pacientes, preparándolos para los exámenes o intervenciones médicas o la hospitalización, y aumentando el cumplimiento y seguimiento por parte de los mismos de los tratamientos.

Siendo más específicos aún, se puede llegar a otro campo de estudio de la psicología, el cual actualmente se ha convertido en el tema central de este capítulo ya que es el área de especialización de la Maestría en Psicología Profesional que se está culminando, se hace referencia a la Medicina Conductual, de la cual se presentan algunas definiciones y posteriormente un análisis de los elementos que ellas comparten.

### **Definiciones de Medicina Conductual**

Algunas definiciones de Medicina Conductual son las siguientes:

La medicina conductual puede definirse como a) el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia conductual y modificación de conducta- para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción

fisiológica y b) la dirección de la investigación que contribuya al análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pomerleau & Brady, 1979, p. xii).

Es un “amplio campo de integración de conocimientos procedentes de muy diferentes disciplinas”, entre ellas se mencionan las biomédicas (anatomía, fisiología, bioquímica, epidemiología, endocrinología, neurología, etc.) por una parte y las psicosociales (psicología del aprendizaje, terapia y modificación de conducta, sociología, antropología, etc.), por otra, relativas a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Por lo tanto, “su característica definitoria es la interdisciplinariedad: Conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionado con la salud y la enfermedad físicas” (Simón, 1999).

En un sentido amplio, la Medicina Conductual se entiende como la aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y la enfermedad físicas. En su sentido restringido, se entiende como el campo resultante de la aplicación de los conocimientos procedentes de la psicología experimental a la práctica médica, es decir, la aplicación de las técnicas de terapia de modificación de conducta en un inicio y posteriormente la terapia cognitivo-conductual en la prevención y tratamiento de la enfermedad física.

La Medicina Conductual es un área de integración de varias disciplinas, entre cuyas contribuciones se encuentran la metodología de estudio experimental de sujeto único y las técnicas propias de la terapia y modificación conductual.

En la Tabla 3 se muestran algunas definiciones de Medicina conductual ordenadas de acuerdo a la fecha en que surgieron, finalizando con la definición del autor, presentada por Simón (1999, p. 52).

Tabla 3. Definiciones de Medicina Conductual

Fuente	Definición
Blanchard (1977)	Sistemática aplicación de los principios y la tecnología conductuales al campo de la medicina, la salud y la enfermedad (pág. 2).
Schwartz y Weiss (1978a)	Campo relacionado con el desarrollo del conocimiento científico conductual y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (pág. 7).
Schwartz y Weiss (1978b)	Campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de conocimientos científicos conductuales y biomédicos y de técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (pág. 250).
Pomerleau y Brady (1979)	a) El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia de conducta y modificación de conducta- para la evaluación, prevención, cuidado o tratamiento de la enfermedad física o la disfunción fisiológica, y b) la dirección de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (pág. xii).
Reig (1985)	Campo multi-interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionada para lograr: 1) comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y 2) promover, mantener e intensificar la salud (pág. 7).
Simón (1999)	Conjunto integrado de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud y la enfermedad físicas y dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (pág. 872).

Nota: Estos autores se encuentran citados en Simón (1999).

## Elementos que Comparten las Definiciones de Medicina Conductual

En la Tabla 4 se presentan algunos elementos que comparten las distintas definiciones de Medicina Conductual.

Tabla 4. Elementos que comparten las definiciones de Medicina Conductual

Elementos	Autores						Total
	Blanchard (1977)	Schwartz y Weiss (1978 <sup>a</sup> )	Schwartz y Weiss (1978b)	Pomerleau y Brady (1979)	Reig (1985)	Simón (1999)	
Interdisciplinariedad			X		X		2
Integra y aplica conocimientos científicos y conductuales al tratamiento de la enfermedad	X	X	X	X	X		5
Aborda la prevención		X	X	X			3
Aborda la promoción					X		1
Aborda el diagnóstico		X	X	X		X	4
Aborda el tratamiento		X	X	X	X	X	5
Aborda la rehabilitación		X	X		X	X	4
Relaciona salud y enfermedad	X	X	X	X	X	X	6

Nota: Estos autores se encuentran citados en Simón (1999).

Simón (1999) explica ampliamente tres características importantes que resaltan en las anteriores definiciones de Medicina Conductual:

- a) Su naturaleza interdisciplinaria o la integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad.
- b) Su interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y al desarrollo, prevención y tratamiento de la enfermedad.
- c) La aplicación de estrategias conductuales para la prevención y el control o modificación de este tipo de factores.

Analizando la tabla anterior, se observa que un elemento que se encuentra presente en todas las definiciones expuestas de Medicina Conductual es la relación entre salud y enfermedad, por lo que parece que todas estas definiciones se interesan de alguna manera en los elementos que hay entre la salud y la enfermedad. También se encuentra gran coincidencia entre los autores, como lo menciona Simón (1999) que este campo abarca la investigación científica de los elementos de la conducta que favorecen a las conductas de salud y enfermedad. De la misma manera en que se observa el abordaje de la investigación de elementos conductuales, se encuentra también la importancia del tratamiento.

Por otra parte, un elemento que se encuentra aislado en tan sólo una definición es la promoción de la salud, lo cual parece de gran importancia, pues promoviendo la salud se puede hacer prevención de una gran cantidad de problemas.

Otro aspecto que se menciona escasamente, pues sólo dos de las definiciones lo incluyen, es el aspecto interdisciplinario de la Medicina Conductual, mismo que se observó indispensable durante el tiempo en que se llevó a cabo la residencia hospitalaria, ya que la intervención del psicólogo con los pacientes tanto de consulta externa como los hospitalizados se llevó a cabo gracias al trabajo en



equipo con otros profesionales como son los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales por mencionar algunos.

Retomando la coincidencia entre los autores de las definiciones antes mencionadas, se considera de suma importancia el aspecto de la conducta para la intervención de la Medicina Conductual en el trabajo cotidiano con los pacientes que tienen una enfermedad orgánica; para esto se presentan algunos modelos de comportamiento sano presentados por Gross (2004) y Latorre y Beneit (1992).

### **Modelos de Comportamiento Sano**

#### *Modelo De Creencia de la Salud (MCS)*

El Modelo de creencia de la salud fue originalmente desarrollado por psicólogos sociales, quienes querían saber por qué las personas no utilizaban la prevención de enfermedades y los chequeos médicos para la detección temprana de los males no asociados con síntomas bien definidos en las etapas iniciales. Posteriormente se aplicó también a la respuesta del paciente ante los síntomas, y su adherencia a la medicación recetada entre pacientes enfermos agudos o crónicos. Más recientemente, se ha usado para predecir comportamientos relacionados con la salud (Gross, 2004).

Según este modelo, los factores que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud, y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas (Latorre y Beneit, 1992). La percepción de amenazas contra la salud está determinada por tres factores: valores generales sobre la salud, creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad y creencias sobre la gravedad de la enfermedad.

Las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza están en función de dos factores: la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (Latorre y Beneit, 1992).

Se mencionan dos elementos del MCS que incrementan la probabilidad de que las personas se comprometan con un comportamiento saludable y son:

- El grado en que creen que son susceptibles hacia la enfermedad asociada.
- Su percepción acerca de la gravedad de las consecuencias de contraer la enfermedad.

Juntos, estos factores determinan la amenaza percibida de la enfermedad. Dada ésta, las personas consideran si la acción les traerá o no beneficios que pesen más que el costo asociado con la acción. Además, las señales hacia la acción incrementan la posibilidad de que se adopte ésta; dichas acciones pueden incluir consejo de otros, un problema de salud o campañas de comunicación masiva. Otros conceptos importantes incluyen la motivación general de la salud, es decir la prontitud del individuo para preocuparse sobre los aspectos de salud y el control (Latorre y Beneit, 1992).

### *Teoría de la Acción Razonada (TAR)*

La Teoría de la acción razonada intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Postula que una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental; es decir, de algo tan sencillo como que una persona intente llevar a cabo, realmente la conducta.

La intención comportamental depende de dos tipos de factores: las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto, y las valoraciones o normas

subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental. La teoría supone que el comportamiento es una función de la intención para llevarlo a cabo. Gross (2004) menciona que una intención conductual está determinada por:

- La actitud de una persona hacia el comportamiento, la cual está determinada por las creencias sobre el resultado del mismo, y la evaluación del resultado esperado.
- Normas subjetivas: las creencias de la persona sobre su mundo social. Éstas se determinan por creencias normativas y la motivación para obedecer.

### *Teoría del Comportamiento Planeado*

La Teoría del comportamiento planeado representa una modificación de la TAR. Refleja la influencia del concepto de Bandura de autoeficacia, la creencia de que uno puede actuar eficazmente y ejercer control sobre los eventos que influyen sobre la propia vida. Se añadió el concepto de autoeficacia a la TAR partiendo de que las creencias de control son importantes determinantes de la percepción de control conductual. El control conductual percibido puede tener un efecto directo en el comportamiento, dejando de lado las intenciones conductuales, Gross (2004).

Otro tema ampliamente relacionado con la conducta como elemento central del trabajo del psicólogo especialista en Medicina Conductual, son los inmunógenos patógenos conductuales.

### *Conducta y Salud: Inmunógenos y Patógenos Conductuales*

Después del reconocimiento de la relación de interconexión entre la salud/enfermedad y el comportamiento, en los últimos años se ha hecho énfasis en que los estilos de vida o estilos de comportamiento son los que contribuyen a promover la salud y promover la enfermedad. Se ha afirmado que la salud o es salud comportamental o no es nada; del mismo modo que, en otro tiempo, la enfermedad o era lesión orgánica o no era nada. Si antes se definió la salud en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta (Polaino-Lorente, 1987, citado en Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 2001).

Actualmente, existe evidencia de que la salud se encuentra influenciada por la conducta cotidiana; ejemplos de conductas de salud son: los hábitos alimenticios saludables, la práctica frecuente de ejercicio y el seguir las recomendaciones médicas de toma de medicamentos entre otras; por el contrario, hábitos como el fumar, la ingesta excesiva de alimentos procesados o el sedentarismo son conductas nocivas para la salud.

Términos tales como “conducta de salud”, “conducta de enfermedad”, “inmunógenos conductuales” o “patógenos conductuales” hacen referencia a conducta; el consenso general tiende a admitir la importancia del papel de la conducta del sujeto para la salud individual y comunitaria, y también para la implementación y evaluación de programas de prevención.

Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen que una persona sea más susceptible de enfermarse; dos ejemplos específicos de patógenos conductuales son el alcoholismo y el tabaquismo (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984).

Se habla de inmunógenos conductuales para referirse a las conductas de las personas, que les reducen el riesgo de enfermarse (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984). En un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos en 1973 se encontraron siete conductas saludables que favorecían la longevidad, estas fueron: dormir de 7 a 8 horas diariamente, tomar desayuno, hacer tres comidas diarias sin tomar alimentos entre horas, mantener el peso corporal normal, practicar ejercicio con regularidad, no beber alcohol o beberlo con moderación y no fumar (Breslow & Enstrom, 1980).

Se puede concluir que las conductas de salud son aquellas presentadas por el propio individuo con el propósito de prevenirse de adquirir enfermedades. Entre ellas se mencionan el dejar de fumar, bajar de peso, practicar ejercicio físico regularmente y adquirir adecuados hábitos alimenticios. Hablar de la práctica de conductas de salud requiere hacer esfuerzos por reducir los patógenos conductuales y practicar los inmunógenos conductuales.

## CÁNCER

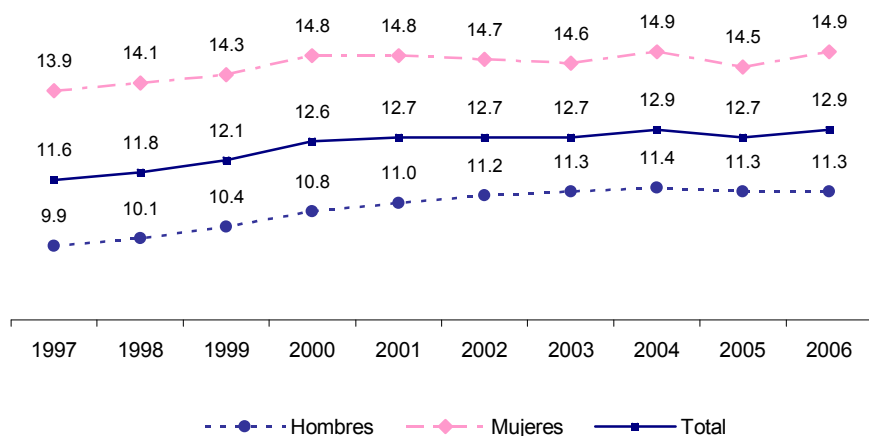
El cáncer consiste en un crecimiento anormal de los tejidos, cuyas células se multiplican de manera irregular y tienden a invadir los tejidos próximos en un fenómeno llamado metástasis. Este trastorno se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa y por un curso impredecible; puede pasar mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de la enfermedad y en algunos casos los tumores remiten espontáneamente, mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez (Beneit Medina, 1994).

Se caracteriza porque una célula que ha perdido sus mecanismos de control normales adquiere un crecimiento descontrolado. Esto puede desarrollarse a partir de cualquier tejido dentro de cualquier órgano. A medida que las células del cáncer crecen y se multiplican, forman una masa de tejido canceroso que invade los tejidos vecinos y puede propagarse a otras partes del cuerpo.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), presentó en Febrero de 2008 información referente a la mortalidad ocasionada por tumores malignos en el país. Menciona que en 2006, se registraron en México 494 471 defunciones, 55.4% sucedieron en hombres y 44.6% en mujeres.

Los tumores malignos ocupan el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país; por dicha causa fallecieron 63 888 personas, el volumen representa 12.9% del total de defunciones registradas en el año. En la siguiente gráfica se observa el porcentaje de defunciones causadas por tumores malignos para varios años, total y por sexo.

### Porcentaje de defunciones generales y por sexo causadas por tumores malignos, 1997-2006



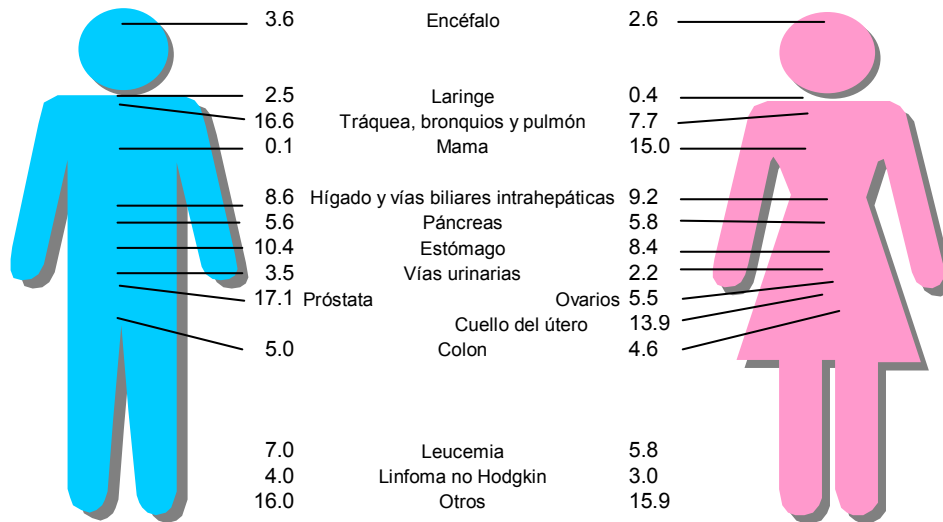
Nota: El porcentaje está en relación con el total de defunciones registradas en cada año, en general y por sexo.

Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 1997-2006

En los varones, los tumores malignos son la tercera causa de muerte con 31 010 defunciones, que significan 11.3% de los fallecimientos de hombres. En las mujeres, se ubica en el tercer lugar de las principales causas de muerte con 32 875 decesos; es decir, 14.9% de las defunciones en la población femenina.

En los varones, las tres principales causas de muerte por tumores malignos en el año corresponden a los de: próstata (17.1%), tráquea, bronquios y pulmón (16.6%) y estómago (10.4 por ciento). En las mujeres, 15.0% de las defunciones por cáncer maligno corresponden al de mama y 13.9% más al del cuello del útero (cérvico-uterino); asimismo, el de hígado y vías biliares intrahepáticas ocasionó 9.2% de las muertes. En la imagen siguiente se muestra la distribución porcentual por sexo, según el tipo de tumor maligno.

## Distribución porcentual de las principales causas de defunción por tumores malignos según sexo, 2006



La distribución es para cada sexo

Fuente: **INEGI**. Estadísticas Vitales. Defunciones 2006. Base de datos.

En menores de un año, los tumores malignos fueron causa de 73 decesos. Dicha causa se encuentra entre las 14 principales de este grupo demográfico. En la población de 1 a 4 años de edad, los tumores malignos son la cuarta causa de muerte (7.7% del total), la leucemia representó 48.5% de los decesos.

En el grupo de 5 a 14 años, los tumores malignos representan la segunda causa de mortalidad con 16.3% de los decesos; la leucemia provoca poco más de la mitad (52.2%) de los fallecimientos ocurridos por cáncer en el grupo.

Entre la población de 15 a 24 años, los tumores malignos ocupan el tercer lugar como causa de muerte (8.6% de los fallecimientos), la leucemia ocasiona 38.1% de los decesos por cáncer. En los varones, significan la cuarta causa de fallecimientos con 7.2% de muertes, y en las mujeres la segunda con 12.0 por ciento.



La tercera causa de muerte en el grupo de 25 a 34 años es debida a los tumores malignos (8.6% de los decesos). En los varones, representan la quinta causa con 5.5% de las muertes; la leucemia (18.7%) y el tumor maligno de testículo (13.3%) ocasionan 32 de cada 100 decesos de hombres de esta edad. En las mujeres, los tumores malignos ocupan el primer lugar, 17.2% de los fallecimientos son causados por éstos, principalmente por el de mama y el de cuello del útero (32.6%).

Entre las personas de 35 a 44 años, los tumores malignos son la segunda causa de muerte (13.8% de los fallecimientos). En los varones, la leucemia, el tumor maligno de estomago, y el de tráquea, bronquios y pulmón son motivo en conjunto de 33.5% de las muertes por cáncer, y en las mujeres concentran 16.0% de los decesos, los de mama y el de cuello del útero ocasionaron 46.7% de los fallecimientos por cáncer en esas últimas.

En el grupo de edad de 45 a 64 años, el cáncer es la segunda causa de muerte, 17.5% de la población señalada fallece por dicha causa. Por sexo, en los hombres representa la cuarta causa de muerte, 12.2% de los decesos en este grupo es ocasionado por tumores malignos; en el caso de las mujeres, una de cada cuatro fallece por algún tipo de cáncer (24.9%).

En la población de 65 años y más, 13.1% fallece por tumores malignos, y representa la tercera causa de muerte entre el grupo. En los varones es la segunda causa (14.2% de muertes), 22.3 de cada 100 fallecimientos por cáncer son ocasionados por el tumor maligno de próstata, y 16.9% por el de tráquea, bronquios y pulmón; en las mujeres, los tumores de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el tercer lugar (12.1%); el cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas, así como el de cuello y el de estomago registraron en conjunto tres de cada diez muertes en mujeres por cáncer.

Como se puede observar, las estadísticas de mortandad por cáncer son altas tanto en hombres como mujeres en los distintos grupos de edad y representan un problema actual serio. Parece claro que el riesgo de contraer cáncer o morir a causa de éste es alto. Hasta hace varios años las causas de las

enfermedades eran principalmente biológicas. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que el comportamiento de las personas influye tanto en la adquisición la enfermedad como en la velocidad de su evolución. Por esta razón se aborda a continuación la importancia del comportamiento de las personas en una enfermedad como el cáncer.

### Importancia del Comportamiento en el Cáncer

La incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados; así, para algunos tipos de cáncer, la diferencia de riesgo entre países diferentes puede llegar a ser de 1 a 300 (Doll y Peto, 1981).

Los inmigrantes de un área geográfica concreta adquieren los tipos de cáncer propios de las nuevas regiones en las que se instalan, al cambiar sus estilos de vida y encontrarse sometidos a las nuevas condiciones ambientales.

Esta evidencia epidemiológica se complementa con la experiencia clínica, la observación sistemática y los estudios experimentales, llevados a cabo con animales de laboratorio, que manipulan los factores ambientales supuestamente carcinógenos en condiciones controladas. Distintos autores coinciden en señalar que al menos un 80% de las causas del cáncer son ambientales (Beneit Medina, 1994).

Entre los factores de riesgo de las enfermedades neoplásicas relacionadas con los estilos de vida, se mencionan los siguientes:

- El riesgo de cáncer que tiene origen en el trabajo profesional, oscila, según diversos autores, entre el 2% y el 8%. Este riesgo afecta de manera distinta a la población, siendo máximo para los trabajadores expuestos a sustancias cancerígenas (por ejemplo, la industria petroquímica).
- Un hábito cuya influencia carcinógena está bien establecida es el consumo de tabaco. El cáncer de pulmón, uno de los que tienen peor

pronóstico. Al hábito de fumar se le atribuyen el 30% de todos los cánceres humanos.

- Aunque no se conocen bien todas las sustancias responsables ni los mecanismos implicados, la mayoría de los autores coinciden en la importancia de la dieta alimentaria en la etiología del cáncer. Se atribuye el 35% de las enfermedades a la alimentación.
- La ingesta de alcohol se asocia, según las estimaciones, al 3% de todos los cánceres, especialmente en los de la cavidad bucal, faringe, esófago y laringe.
- Los comportamientos en material de sexualidad y reproducción (actividad sexual, uso de estrógenos como anovulatorios) se asocian con el 7% de los cánceres humanos.
- La exposición excesiva a los rayos solares se relaciona de igual manera con algunos tipos de cáncer de piel.

Se habla de que la mayoría de los cánceres tienen causas múltiples, por lo que en los estilos de vida y los comportamientos humanos se encuentra gran parte de los mecanismos etiológicos.

Debido a que el comportamiento (por ejemplo, la ingesta de alcohol o consumo de tabaco) es importante para desarrollar o no el cáncer, Bayés (1985) llegó a las siguientes deducciones:

A) en su mayoría, los cánceres son evitables.

B) En la medida en que los factores ambientales responsables sean identificados, es posible disminuir considerablemente su incidencia o erradicarlos, siempre y cuando se desee hacerlo y se tenga la suficiente disposición para lograrlo.

A partir de lo anterior se concluye que es de especial importancia el papel de la psicología de la salud como una herramienta para evaluar, prevenir e intervenir en problemas de salud física. Para ello podemos partir de dos bases fundamentales: el comportamiento tiene una fuerte relación con la salud física y dado que la conducta es aprendida, es en consecuencia modificable. Con esta

visión es posible estructurar intervenciones que se dirijan tanto a la prevención del cáncer (fomentar la realización de exámenes médicos de detección temprana, protegerse de o evitar empleos que impliquen radiaciones, agentes contaminantes) como a su tratamiento (intervenciones cognitivo-conductuales para aumentar la adherencia terapéutica o disminuir el estrés asociado a la enfermedad). Uno de los elementos psicológicos asociados con el cáncer es el estrés, de lo cual se habla a continuación.

## Estrés y Cáncer

No todas las personas que se encuentran expuestas a similares estimulaciones cancerígenas (tabaco, alcohol, etc.) durante un tiempo e intensidad similares, contraen cáncer. Al ser el cáncer un fenómeno multicausal, probablemente se requiere de la interacción de varios factores en una combinación de secuencias, intensidades, tiempos de exposición y estados bioquímicos del organismo, para que exista un cáncer diagnosticable clínicamente (Bayés, 1985).

Asimismo, se habla de factores hereditarios en relación con el desarrollo del cáncer. Existen trabajos experimentales y estudios clínicos que señalan un posible factor causal más: el estrés ambiental. Una posible explicación es que el estrés provoca un aumento en la producción de corticoesteroides que, a su vez, tiene como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de producir linfocitos y, por tanto, un debilitamiento del sistema inmunológico encargado de proteger al organismo. (Beneit Medina, 1994).

Entonces, aunque el estrés no sea un factor etiológico primario del cáncer, puede constituir la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo. Entonces, las estimulaciones cancerígenas serían una condición necesaria pero insuficiente para la aparición y desarrollo de un cáncer.

También el estrés puede participar en la evolución del cáncer. Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al

estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco o alcohol, o el uso de estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o actuar sinérgicamente con el ambiente neuroendócrino, favoreciendo el desarrollo de la enfermedad.

Por tanto, los datos disponibles sugieren que determinadas variables psicológicas, en especial la falta de estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés, se encuentran asociadas a la incidencia del cáncer. Por ello, desde el punto de vista de la atención primaria (Bayés, 1985) considera que es importante adiestrar a los individuos que se encuentren en situaciones de alto riesgo en estrategias adecuadas para afrontarlas con el mínimo peligro posible para la salud. Al hacerlo, probablemente se consiga disminuir el grado de vulnerabilidad del individuo ante la enfermedad en general, y ante el cáncer en particular. (Beneit Medina, 1994).

Como se puede notar, el estrés no sólo implica conductas, sino que también requiere evaluar la información y tomar decisiones para enfrentar los problemas. El riesgo mayor de no enfrentar los problemas de manera adecuada se puede relacionar con enfermedades físicas como el cáncer. Dada la importancia de enfrentar los problemas de manera adecuada, se habla en seguida de la técnica de Solución de Problemas como una de las alternativas de tratamiento psicológico en pacientes con cáncer.

### *La Técnica de Solución de Problemas en el Apoyo a Pacientes con Cáncer*

La vida diaria está llena de problemas que requieren resolverse para lograr un nivel aceptable de funcionamiento. Esto se puede observar en los distintos contextos en que se encuentran los seres humanos, la escuela, el trabajo, las relaciones de amistad, familiar, etc. Frente a estas dificultades, las personas toman o deberían tomar un papel activo para salir adelante con los obstáculos que se les presentan. Sin embargo, la habilidad para resolver problemas es variable de una persona a otra. Como resultado de este nivel de adaptación-

entre otras variables-algunas personas viven con mayor calidad de vida que otras.

La pobreza o ausencia de la habilidad para resolver problemas está asociada con distintos trastornos, por ejemplo con suicidio, síntomas físicos, ansiedad, sedentarismo y consumo de alcohol ( D'Zurilla y Nezu, 1999).

Dado que la solución de problemas es una habilidad, es posible enseñarla y aprenderla. Puede definirse a la técnica como un proceso cognitivo afectivo conductual a través del cual un individuo (o grupo) trata de identificar, descubrir o inventar medios efectivos para manejar los problemas que se encuentran en la vida diaria (D'Zurilla, 1988). En otras palabras, la solución de problemas es una habilidad que implica al menos tres componentes: los pensamientos-por ejemplo al intentar definir cuál es el problema y la creatividad para proponer soluciones-, las conductas-ejemplificadas en la búsqueda de información y actuar para llevar a cabo una solución- y las emociones-partiendo del supuesto de que lo que pensamos y hacemos influye en lo que sentimos.

Los pacientes con cáncer y sus familiares enfrentan diversos retos de manera constante los cuales repercuten en su estado de ánimo. Casi todas las áreas de su vida se ven afectadas junto con el aumento del estrés, ansiedad, problemas con la imagen corporal y disfunciones sexuales. La técnica de solución de problemas es una de las intervenciones más utilizadas de manera favorable en pacientes con cáncer y sus familiares. Al dar herramientas para resolver problemas los pacientes aumentan su habilidad para enfrentar de manera más efectiva lo cual se refleja en la disminución del estrés y el aumento en la calidad de vida.

En la técnica de solución de problemas como modalidad principal de intervención se siguen varios pasos (D'Zurilla y Nezu,1999). Primero se enseña a los pacientes a identificar los problemas y enfocarlos de manera positiva. Esto puede ser de dos formas, una es por medio de identificar malestar emocional (tristeza, preocupación, etc.) y la otra es notar que no se están alcanzando los objetivos propuestos (por ej. Conseguir un empleo, bajar de

peso). Para enfocar de manera positiva a los problemas se enseña a verlos como un reto en lugar de una catástrofe, como una oportunidad de superación en lugar de una desgracia. En segundo lugar se les enseña el papel de las emociones para la solución de problemas. Para ello se concibe a las emociones como una motivación y una meta para resolver los problemas. En este sentido, la emoción puede ser vista como un indicador de que un problema se ha resuelto (por ejemplo, sentirse bien, menos triste o sin preocupación). Este paso también incluye técnicas (por ej. Relajación) para poder tranquilizarse en momentos de estrés. En tercer lugar se enseña a definir un problema. Esto se hace por medio de detectar la discrepancia entre lo que las cosas son (por ej. Pesar 10 kilos de más) y lo que deberían de ser (pesar 10 kilos menos). Como resultado de este paso se plantea un objetivo de solucionar el problema. En cuarto lugar se enseña a crear alternativas. Para ello se siguen tres principios, emplear la creatividad, proponer tantas alternativas como sea posible y proponer alternativas lo más distinto posibles entre sí. Posteriormente, en quinto lugar, se realiza la toma de decisiones. Se descartan las alternativas que definitivamente no es posible llevar a cabo y se evalúan las alternativas restantes con respecto a las consecuencias positivas y negativas de llevar a cabo cada una. En sexto lugar se lleva a la acción a la alternativa elegida. Finalmente, se evalúa si se logró el objetivo de resolver el problema.

Existe evidencia de que las intervenciones de solución de problemas con cáncer son efectivas (Nezu, 1999; Nezu, 2001; Nezu, Nezu, Felgosie, McClure y Houts, 2003; Sahler, Fairclough, Phipps, *et al.* 2005). Los psicólogos que trabajan con pacientes con cáncer y sus familiares deberían apoyarse en este tipo de técnicas en su labor profesional.

Para concluir, cabe señalar que hay muchos psicólogos que trabajan en hospitales o centros de salud y no tienen una formación como Psicólogos de la salud, ellos representan una población a la que se debería capacitar con este tipo de técnicas con el propósito de maximizar los beneficios para los pacientes y sus cuidadores. En nuestro país sería recomendable el empleo de técnicas cuya efectividad haya sido probada con antelación. Algunos de los avances

sobre el empleo sistemático y controlado de este tipo de técnicas se muestran a continuación con un par de investigaciones que se realizaron en población mexicana.

### Intervenciones Psicológicas en Cáncer en México

En México existen pocos trabajos publicados acerca de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer. Dada la importancia del tema, se mencionan a continuación dos de ellos. El primero se titula Tratamiento cognitivo-conductual en el manejo del dolor por cáncer (Acosta, 2003), el objetivo del trabajo fue disminuir la intensidad del dolor y de síntomas de “depresión” y/o “ansiedad” a partir de tratamientos cognitivo-conductuales y fisiológicos en siete pacientes tratados en el Servicio de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, las áreas de intervención fueron educación para la salud, reestructuración cognitiva, respiración profunda, entrenamiento autógeno e imaginería guiada, el resultado fue que todos los pacientes presentaron una reducción estadísticamente significativa en la intensidad de los síntomas depresivos y/o ansiedad, y sólo en dos de ellos hubo un decremento significativo en la intensidad del dolor al final del tratamiento; por lo que el autor concluye que hubo un mayor impacto en el bienestar subjetivo que en la calidad de vida de los pacientes.

Otro estudio realizado más recientemente es el que llevó a cabo Vega Newman (2006), cuyo objetivo fue mejorar la calidad de vida, disminuir la sintomatología depresiva, ansiosa y comportamientos desadaptativos en pacientes con cáncer de cabeza y cuello a través de un programa de intervención cognitivo-conductual; utilizó diversos instrumentos para medir estas variables como línea base. Se realizaron intervenciones de tipo individual durante 12 sesiones semanales de una hora y media cada una y participaron 4 pacientes de la Unidad de Oncología del Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México, el diseño utilizado fue de N=1 con mediciones antes y después del tratamiento. Los resultados muestran ganancias notorias en el mejoramiento de la calidad de vida en la mayoría de los pacientes, reflejados en un aumento en



las actividades sociales, laborales y sexuales y en la conducta de “verse al espejo”, así como una disminución de síntomas de depresión y ansiedad.

A pesar de que estos estudios no se realizaron con grandes grupos de pacientes, su importancia es muy significativa, pues son estudios que por su metodología pueden ser replicables, representan un beneficio tangible a los pacientes que participaron en ellos y, finalmente, muestran que aunque es difícil, se puede hacer investigación con los pacientes dentro de los hospitales.

Como psicóloga residente en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, una de las mayores exigencias era la de dar tratamiento inmediato y breve a los pacientes cuyo avance de la enfermedad no permitía asistir a la clínica. La diversidad de pacientes y sus problemas y la exigencia diaria de los médicos por dar atención a los casos representó un fuerte reto y dilema a la vez: diseñar investigaciones o atender a las necesidades inmediatas de los pacientes. En este contexto, se muestra a continuación uno de los casos atendidos en su domicilio.

## CASO CLÍNICO ATENDIDO EN VISITA DOMICILIARIA

### Primera Visita

#### *Descripción del caso*

Se trata de un paciente de sexo masculino de 16 años de edad. Dadas sus condiciones de salud se le ha dejado de atender en el Hospital de Cancerología debido a que le es imposible trasladarse. A cambio de esto, el personal médico de la clínica del dolor y cuidados paliativos asiste a su domicilio –modalidad asistencial llamada “visita domiciliaria”. Acudimos para ver al paciente una doctora, la trabajadora social, una enfermera y la psicóloga.

*Diagnóstico y tratamiento médico.* Osteosarcoma tratado con cirugía – amputación del miembro inferior derecho.

*Composición de la familia.* El paciente es el tercero de cuatro hijos. El padre trabaja en un puesto de periódicos y la madre trabaja en un restaurante. Todos los hermanos están estudiando excepto el paciente. En general se observa una buena relación e interés entre los miembros. La madre refiere que quiere que su hijo conviva más pero él se niega –normalmente está encerrado y no quiere hablar con nadie.

*Entrevista con el paciente.* El paciente estaba acostado en su cama. Llamó la atención que durante la entrevista intentó ocultar todo el tiempo la zona donde le habían amputado la pierna. Se le preguntó si era cierto que no quería convivir con la gente, su respuesta fue “no”. Al indagar por qué, expresó que le avergonzaba que lo vieran así, enfermo y sin su pierna. Por eso no quería recibir amistades de la escuela y prefería aislarse de la gente incluyendo a su familia. Refirió que se sentía constantemente enojado, frustrado e irritable. Al preguntarle en qué grado califica su enojo en una escala de cero (mínimo) a diez (máximo), informó que en 10.

*Impresión diagnóstica.* El paciente presenta ideas irracionales debido a la amputación de su pierna. Es posible que esté mezclando un problema físico –la amputación- con la naturaleza de sus relaciones interpersonales. Cabe señalar que en los casos de jóvenes es muy frecuente que se viva a la enfermedad crónica con irritabilidad y la pregunta de “¿por qué a mí?” refiriéndose a que no encuentran una causa convincente para estar enfermos. Este tipo de personas tienen ideas de que Dios les mandó el castigo o bien que hicieron algo mal en su vida y ahora lo están pagando.

*Intervención cognitivo conductual.* Se partió del diálogo socrático para llevar las ideas irracionales hasta sus últimas consecuencias y se buscó diferenciar a la enfermedad de su valor como ser humano –digno de relacionarse con los demás. Con el diálogo socrático se le hicieron las siguientes preguntas: ¿qué es lo peor que puede pasar si los demás te ven así?, ¿qué crees que va a decir

tu mejor amigo si sabe que te amputaron?, Si esto le sucede a tu mejor amigo, ¿qué le dirías?. Por otro lado se le preguntó por qué la enfermedad tenía que limitarlo en términos de seguir conviviendo con la gente. Finalmente, dado que hay amigos y familiares interesados en él, se le preguntó si él dejaría de convivir con otros si les falta una pierna o un brazo.

*Resultados de la intervención.* El paciente respondió que tal vez los demás lo quieren y lo aprecian, pero de todas maneras se siente mal de que lo vean así. Explicó que la vergüenza es más consigo mismo que con los demás. Que podría aceptar a veces algunas visitas por pensar más en ellos –para que no se sientan mal- que en él mismo. Finalmente expresó que él ha tenido buenas amistades desde antes de enfermarse y que siempre le han querido hablar y visitar. Mencionó que va a pensar si vuelve a llevarse con ellos. Se le preguntó en qué grado sentía su enojo en la escala de cero a diez. Informó que en ocho.

*Evaluación de la intervención.* Se usaron preguntas para disminuir la rigidez del paciente para no convivir con nadie. Es posible que no haya sido el momento adecuado de intervenir para cambiar las ideas del paciente. En un proceso de autocrítica por lo realizado con la intervención, quizá se necesitó evaluar primero qué ventajas y desventajas tenía para el paciente no convivir con nadie. Eso seguramente daría pie para otras intervenciones.

## Segunda Visita

En la segunda visita sólo asistió el médico, la enfermera y la psicóloga.

*Entrevista con la mamá.* Se preguntó a la mamá si su hijo aún se negaba a convivir. Informó que no pero aún le parece que es muy irritable.

*Entrevista con el paciente.* El paciente informó que no tenía caso convivir con los demás. Los puede ver pero no se siente muy bien. Insistió en que prefiere estar solo. De todas maneras estaba tranquilo porque sus amigos, poco a poco, cada vez le visitan menos.

*Impresión diagnóstica.* El paciente se mantiene en una postura rígida y prefiere no convivir con otras personas.

*Intervención cognitivo conductual.* Se preguntó al paciente qué ventajas tiene el hecho de no convivir con la gente. Después de hablar en detalle de eso, se le preguntó qué desventajas tenía el estar aislado.

*Resultado de la intervención.* El paciente comentó que las ventajas de no convivir eran: estar solo, no avergonzarse, vivir su propia vida y dejar que los demás hagan sus cosas. Se le dijo al paciente que es normal buscar estar solo cuando uno se siente mal y enfermo, es decir, se validaron sus respuestas. Con respecto a las desventajas de no convivir dijo: paso mucho tiempo enojado, sólo pienso en curarme –y no le han dicho si eso es posible-, causa preocupaciones a los demás, su aislamiento no le ayuda a curarse. Después de enlistar las ventajas y desventajas se le preguntó si veía conveniente aceptarse como es –sin una pierna- para adaptarse mejor a su nueva vida. Informó que ya lo ha pensado pero le cuesta trabajo renunciar a todo lo que tenía antes –amigos, jugar fútbol, salir con los hermanos, etc. Se le preguntó finalmente qué tan enojado seguía en una escala de cero a diez. Dijo que siete.

*Evaluación de la intervención.* Quizá la intervención tuvo un efecto positivo lo cual se refleja en el hecho de que aceptó hablar con la psicóloga y al final su enojo disminuyó a siete. Probablemente se necesita dar pasos muy graduales para ayudar al paciente.

*Seguimiento.* Dado que no se presentaron complicaciones médicas ya no se le volvió a visitar al paciente. Sin embargo, por medio de un seguimiento telefónico –aproximadamente dos meses después- se le preguntó a la mamá cómo seguía su hijo. Informó que ya no estaba tan enojado. Ahora pasaba el tiempo a veces enojado y a veces triste pero que ya empezaba a aceptar visitas de vez en cuando.

## CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOEFICACIA EN DIABETES.

Como parte de las actividades en el hospital Juárez de México llevé a cabo la creación de un instrumento de medición de Adherencia Terapéutica y Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

### Fundamentación teórica

#### *Diabetes Mellitus tipo 2*

Esta forma de diabetes, denominada con anterioridad diabetes no insulino dependiente, diabetes tipo 2 o diabetes de inicio de la edad adulta, es un término que se utiliza para personas que presentan resistencia a la insulina y suelen tener una deficiencia relativa y no absoluta de esta hormona. Cuando menos al inicio, y a menudo durante toda su vida, estas personas no requieren tratamiento con insulina para sobrevivir. Es probable que existan muchas causas diferentes para esta forma de diabetes, y es factible que la proporción de pacientes de esta categoría disminuya en el futuro a medida que la identificación del proceso patogénico específico y de los efectos genéticos permita diferenciar mejor entre ellos y una subclasificación más definitiva. Aunque se desconocen las causas específicas de esta forma de diabetes, no ocurre una destrucción autoinmunitaria de células Beta.

La mayoría de los enfermos con esta forma de diabetes es obesa y la obesidad en sí misma causa cierto grado de resistencia a la insulina. En este tipo de diabetes, la cetoacidosis rara vez ocurre de manera espontánea; cuando se presenta, suele relacionarse con la tensión provocada por alguna otra enfermedad, como una infección. Con frecuencia, esta forma de diabetes no se diagnostica durante muchos años porque la hiperglucemia se presenta de manera gradual y en las etapas iniciales no suele ser lo bastante intensa como para que el paciente note cualquiera de los síntomas clásicos de diabetes. No obstante estos pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades macrovasculares y microvasculares. Si bien, los pacientes con esta forma de

diabetes pueden tener valores de insulina aparentemente normales o elevados, cabría esperar que los niveles de concentraciones de glucosa en sangre de estos pacientes diera por resultado valores de insulina aun más altos si la función de sus células Beta fuera normal. Por consiguiente, la secreción de insulina de estos enfermos es defectuosa e insuficiente para compensar la resistencia a dicha hormona.

Es posible que tal resistencia mejore con una reducción del peso, el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia, o ambos, pero rara vez se establece hasta alcanzar valores normales. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física; ocurre con mayor frecuencia en personas con hipertensión o dislipidemia, y su frecuencia varía en los diferentes subgrupos raciales o étnicos. Suele asociarse con una forme predisposición genética, mucho mayor que la que se observa en la forma autoinmunitaria de la diabetes tipo 1.

### *Adherencia Terapéutica*

Uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud es el no cumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos, pudiéndose considerar un problema común de la psicología y de la medicina la falta de adhesión o seguimiento del tratamiento médico o conductual. Es rara la terapia que no supone algún malestar para el paciente, desde los efectos emocionalmente perturbadores que pueden acompañar una psicoterapia, hasta los efectos físicos, a veces duros, de la cirugía o los fármacos y, por otra parte, toda terapia eficaz depende de la capacidad del paciente para aferrarse al tratamiento pese a los inconvenientes, el miedo o el dolor.

Pese a lo difícil de estimar la magnitud real del problema, se confirma el frecuente incumplimiento de las instrucciones terapéuticas, estimándose que entre un 4 y un 92% de los enfermos no sigue de manera adecuada las instrucciones de los profesionales de la salud (Meichenbaum y Turk, 1991).

El trabajo e investigación sobre los problemas de adherencia ha sido una de las líneas de desarrollo de la medicina conductual. La adherencia es un complejo fenómeno que comprende desde la entrada en el propio tratamiento, el seguimiento de todo tipo de prescripciones y orientaciones, hasta la continuidad y conclusión del mismo. En otras palabras, la adherencia constituye un hábito (junto a la dieta alimenticia, el consumo de tabaco, la falta de ejercicio físico y el abuso del alcohol) sobre el que intervenir para actuar sobre la disminución de la siete principales causas de muerte; adherencia a diversas medidas favorecedoras de la salud: adherencia a la medicación, a los reconocimientos periódicos, a la práctica de estrategias conductuales, a los programas de rehabilitación física, a la limpieza regular de los dientes, etc.

El cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud (tomar una medicación, seguir una dieta alimenticia, hacer ejercicio, etc.) es una conducta y como tal está sujeta a las mismas leyes que controlan el aprendizaje y la emisión de las conductas y, por ello, es fundamental determinar las variables o factores que afectan o regulan la aparición de estas conductas de adhesión y poder elaborar las estrategias para su implantación, lo cual supone previamente elaborar una estrategia de evaluación y disponer de instrumentos adecuados que nos permitan evaluar dicha conducta a fin de constatar hasta qué punto se ha seguido un tratamiento.

El no seguir los tratamientos supone que los pacientes no se beneficien suficientemente de los progresos médicos, pero que a su vez las elevadas tasas de no adherencia dificultan una adecuada evaluación de la eficacia de esos procedimientos, pues en muchos casos los resultados negativos que se obtienen pueden deberse no a la falta de eficacia de los procedimientos, sino al incumplimiento del tratamiento. La no adherencia tiene graves efectos sobre la calidad del cuidado de la salud, produciendo una deficiente utilización de los servicios y un aumento innecesario del costo de los mismos, pero, sobre todo, el proceso de alto riesgo de pacientes diabéticos y su pronóstico depende en alto grado del cuidadoso seguimiento de las prescripciones.

No se ha encontrado qué factores socioeconómicos, motivacionales o características de personalidad se asocian a la no adherencia, pero dadas las elevadas tasas de no adherencia encontradas, puede considerarse a cada paciente como un potencial no/adherente.

El incumplimiento se agrava al tratarse de regímenes de cierta duración y complejidad, según los niveles de insatisfacción del paciente con el médico, cuando la eficacia del tratamiento es lenta, cuando aparecen problemas derivados del mismo tratamiento y cuando la percepción del paciente de su propia vulnerabilidad a la enfermedad es grande.

Frente a esta situación, no pocos profesionales de la salud se limitan a sugerir, aconsejar cambios en los hábitos de vida o costumbres o prescribir una medicación. Sin embargo, se olvida que cambiar un comportamiento y ayudar a la gente a hacerlo debe ser responsabilidad del sistema de salud.

Intervenir y elaborar estrategias para la implantación de la conducta de adhesión supone previamente conocer las variables o factores que afectan a estas conductas y disponer de instrumentos adecuados de medida que permitan la evaluación de dicha conducta.

### *Diabetes Mellitus tipo 2 y Adherencia Terapéutica*

Las investigaciones que existen pueden proporcionar un modelo con el cual explorar los efectos que la conducta ejerce sobre el control metabólico del organismo y, además, puede servir como ejemplo para utilizar la intervención conductual en el tratamiento y control de la enfermedad.

Por otra parte, desde la década de los ochenta, los psicólogos han identificado la forma en que pueden afectar el funcionamiento biológico algunas de las variables psicológicas, como el aprendizaje social y la susceptibilidad individual en respuesta a situaciones de estrés. Al respecto, se



señala que esta interacción entre las variables psicológicas y el funcionamiento biológico actúa a través de tres vías:

1. Cognitivas y emocionales. Capaces de modular las respuestas neurológicas, inmunológicas y endocrinas, las cuales se encuentran en constante interacción.

2. Conductuales. Que se traducen en estilos de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico, entre otras.

3. Ecológico-conductuales. Modifican el ambiente natural y social que afecta a todos los hombres inmersos en él; es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad, como son: la creciente contaminación ambiental, la industrialización de gran cantidad de alimentos y las radiaciones, entre otros.

Esta nueva visión de la interacción entre los factores psicológicos y biológicos ha contribuido a que, en el caso de la diabetes en particular y de las enfermedades crónico-degenerativas en general, se utilicen estrategias psicológicas que incrementen el impacto terapéutico sobre los enfermos.

La intervención psicológica en el ámbito de la salud ha permitido reconceptualizar el proceso salud-enfermedad, proponiendo la necesidad de que se considere al aprendizaje como unidad fundamental de la salud o de la enfermedad.

Esta visión de la psicología cuenta, entre sus técnicas, aquellas que fomentan la adherencia terapéutica -es decir el cumplimiento del régimen de tratamiento- mediante el uso de la tecnología conductual; esto último debido a que una gran cantidad de sujetos presentan dificultades en el cumplimiento del tratamiento de la diabetes, o de cualquier otra enfermedad. La baja adherencia terapéutica se explica, en parte, por la complejidad del régimen de tratamiento por las ideas sobre la salud y enfermedad que los pacientes tienen,

ya que en muchos brinda el equipo de salud una atención paternalista en la que el paciente, para controlar su enfermedad, tiene que asistir frecuentemente a los centros de atención médica con una actitud pasiva. Sin embargo, aunque los médicos pueden sugerir estrategias para mejorar el control diabético, la responsabilidad final de llevar a cabo las indicaciones terapéuticas recae en el paciente.

Como consecuencia de la situación anterior, las investigaciones en psicología han explorado la posibilidad de utilizar elementos como: el auto-monitoreo, el auto-registro, la auto-evaluación y el auto-reforzamiento, entre otros, como técnicas de modificación conductual en el tratamiento de la diabetes, con la finalidad de mejorar la habilidad de los pacientes para continuar con su tratamiento.

Por otra parte, una perspectiva que ha contribuido a un mayor interés de la investigación psicológica en relación al tratamiento de la diabetes, es la que asocia al estrés con el desarrollo y la evolución de la enfermedad.

En este sentido se sabe que existe una estrecha vinculación entre el sistema endócrino y el sistema nervioso autónomo, relación que se establece por medio de los receptores adrenérgicos que pueden estimular o inhibir el funcionamiento pancreático, y en donde se observa que la respuesta de estrés puede alterar este funcionamiento provocando el descontrol diabético.

Al respecto se han encontrado evidencias de que estímulos físicos como el dolor, los traumatismos, las infecciones, la cirugía, la hipoxia, y la enfermedad cardiovascular, han mostrado producir intolerancia a la glucosa. De la misma manera, estímulos psicológicos, entre los que se incluyen entrevistas estresantes, exámenes, eventos vitales indeseables y tensión diaria, pueden modificar el metabolismo de la glucosa.

## Justificación

Se calcula que el 2 por ciento de la población mundial padece diabetes; particularmente, en el caso de México, se maneja la cifra del 2 al 4 por ciento. Aunque la diabetes aún no es curable, se puede controlar en la mayoría de los casos. El tratamiento médico con frecuencia es complicado y requiere que el paciente haga grandes modificaciones en su comportamiento para evitar las complicaciones nerviosas y vasculares que la enfermedad provoca y que la hacen indirectamente responsable de un número de padecimientos que inciden en la morbilidad y mortalidad de la población. Sin embargo, es en esta modificación de hábitos en la que radica, fundamentalmente, el control de estos padecimientos, así como su prevención.

En resumen, la adherencia al tratamiento como parte de la conducta de enfermedad y como factor principal para controlar el padecimiento es un fenómeno complejo que abarca los tres aspectos del modelo biopsicosocial, por lo que se considera justificable intervenir en la población de crónico-degenerativos de manera multidisciplinaria e incidir en la adherencia al tratamiento con un enfoque integral dentro de un marco de interdisciplinariedad en donde cada elemento aporte sus conocimientos y puntos de vista para el logro de este objetivo.

## Método

### *Objetivo*

El objetivo de este estudio fue crear y confiabilizar un instrumento que consta de dos escalas de medición, una para Adherencia Terapéutica y otra para Autoeficacia para adherirse al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

### *Muestra*

El instrumento se piloteó inicialmente en una muestra de 25 sujetos para hacer los primeros análisis, y finalmente se aplicó en una muestra de 82 pacientes con los siguientes criterios de inclusión:

- Saben leer y escribir.
- De ambos sexos.
- Que están sujetos a tratamiento médico basado en hipoglucemiantes.
- Adultos.
- Cualquier nivel socioeconómico.
- Que acuden a consulta externa.

### *Escenario*

El piloteo y aplicación final se realizaron en la sala de espera de la consulta externa del Servicio de Medicina Interna, en el segundo piso del Hospital Juárez de México, con los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el apartado de Población.

### *Procedimiento*

Inicialmente se realizaron Redes Semánticas Naturales (Reyes Lagunes, 1993) para conocer las palabras que les son comunes a la población y los significados que le dan al nombre de la variable a investigar, con 6 estímulos, de los cuales uno era distractor, mismos que se enuncian a continuación:

- Para mi, Diabetes es:
- Para mi, enfermedad es: (distractor)
- Para mi, comer sanamente es:
- Para mi, seguir las instrucciones del doctor es:
- Para mi, hacer ejercicio es:

- Para mi, tomarme mis medicinas es:

### *Elaboración del Instrumento*

Con las definidoras (Núcleo de la Red) se construyeron los reactivos que conformarían las dos escalas de tipo Likert, la primera, que se diseñó para medir Autoeficacia, contenía un total de 20 reactivos y la que se diseñó para medir Adherencia Terapéutica contenía un total de 22 reactivos y ambas con 4 opciones de respuesta según la dimensión conductual:

\* Para la escala de Autoeficacia se midió capacidad con las siguientes opciones de respuesta:

- *Capacidad*: “nada capaz”, “poco capaz”, “muy capaz”, “totalmente capaz”.

\* Para la escala de Adherencia Terapéutica se midió Frecuencia con las siguientes opciones de respuesta:

- *Frecuencia*: “nunca”, “pocas veces”, “muchas veces”, “siempre”.

El instrumento incluye una hoja frontal con las instrucciones sobre cómo responder al mismo, y donde se solicitan algunos datos demográficos de los pacientes, tales como: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, lugar de residencia, tiempo de diagnóstico y cantidad de familiares con los que vive el sujeto; por otro lado, considera tres dimensiones: personal, familiar y social/laboral, con cuatro áreas de incidencia: tomar medicinas, comer sanamente, hacer ejercicio y seguir instrucciones del doctor, y se dividieron en: reactivos de conductas (los que medían conductas de Adherencia) y reactivos de Autoeficacia (Percepción de autoeficacia).

Después de la aplicación piloto, se modificaron ambas escalas, eliminando los reactivos que no resultaron confiables, conservando el mismo formato, y fueron estas escalas corregidas las que se utilizaron para la aplicación final.

### *Metodología estadística*

#### Piloteo

- a). Se seleccionó la muestra y se aplicó el instrumento.
  
- b). En el análisis de reactivos se realizó un análisis de frecuencias para establecer la distribución de las respuestas en cada una de las opciones; se obtuvo el sesgo, se delimitaron los grupos alto y bajo (cuartiles) y se estableció la direccionalidad de los reactivos con base en estos grupos (Crosstabs). Finalmente, se utilizó la prueba estadística  $t$  de Student para identificar los reactivos que discriminan entre ambos grupos.
  
- c). Para la Confiabilidad se obtuvo el  $\alpha$  de Cronbach como indicador del grado de consistencia interna de los reactivos seleccionados.
  
- d). Finalmente se eligieron los reactivos que cumplieron con los criterios anteriores, para conformar la versión final de las dos escalas del instrumento.

#### Aplicación final del instrumento:

Se siguieron los pasos anteriores y posteriormente se determinó el alfa de la escala final total y de cada reactivo.

### Resultados

Después de aplicar las redes semánticas para el estímulo: “PARA MI, DIABETES ES”, se obtuvo el tamaño de la red, el cual se conformó de un total de 22 definidoras. El núcleo de la red incluyó 6 definidoras, en las cuales el Peso Semántico (PS) iba desde 81 en la mayor hasta 32 en la menor; la

Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) iba desde 100% hasta 39.5% y la Carga Afectiva fue Descriptiva en tres de ellas y Negativa en las otras 3; para el instrumento se tomaron las 5 definidoras principales, en las cuales el Índice de Consenso Grupal iba desde 9 hasta 6.

Para el estímulo: “PARA MI, HACER EJERCICIO ES”: se obtuvo el tamaño de la red, el cual se conformó de un total de 14 definidoras. El núcleo de la red incluyó 5 definidoras, en las cuales el Peso Semántico (PS) iba desde 105 en la mayor hasta 55 en la menor; la Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) iba desde 100% hasta 52.38% y la Carga Afectiva fue Descriptiva en una de ellas y Positiva en las otras 4; para el instrumento se tomaron las 3 definidoras principales, en las cuales el Índice de Consenso Grupal iba desde 11 hasta 9.

Para el estímulo: “PARA MI, COMER SANAMENTE ES”: se obtuvo el tamaño de la red, el cual se conformó de un total de 16 definidoras. El núcleo de la red incluyó 5 definidoras, en las cuales el Peso Semántico (PS) iba desde 80 en la mayor hasta 49 en la menor; la Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) iba desde 100% hasta 61.25% y la Carga Afectiva fue Descriptiva en una de ellas, Negativa en otra y Positiva en las otras 3; para el instrumento se tomaron las 5 definidoras principales, en las cuales el Índice de Consenso Grupal iba desde 10 hasta 7.

Para el estímulo: “PARA MI, SEGUIR LAS INSTRUCCIONES DEL DOCTOR ES”: se obtuvo el tamaño de la red, el cual se conformó de un total de 21 definidoras. El núcleo de la red incluyó 6 definidoras, en las cuales el Peso Semántico (PS) iba desde 62 en la mayor hasta 44 en la menor; la Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) iba desde 100% hasta 70.95% y la Carga Afectiva fue Descriptiva en dos de ellas y Positiva en las otras 4; para el instrumento se tomaron las 6 definidoras principales, en las cuales el Índice de Consenso Grupal iba desde 8 hasta 6.

Para el estímulo: “PARA MI, TOMAR MEDICINAS ES”: se obtuvo el tamaño de la red, el cual se conformó de un total de 19 definidoras. El núcleo de la red incluyó 6 definidoras, en las cuales el Peso Semántico (PS) iba desde 51 en la

mayor hasta 34 en la menor; la Distancia Semántica Cuantitativa (DSC) iba desde 100% hasta 66.66% y la Carga Afectiva fue Descriptiva en una de ellas y Positiva otra y Negativa en las otras 4; para el instrumento se tomaron las 6 definidoras principales, en las cuales el Índice de Consenso Grupal iba desde 8 hasta 5.

A continuación se presentan las definidoras finales, con las dimensiones y las áreas de incidencia para la creación de los reactivos de las dos escalas de “Adherencia” y “Autoeficacia para Adherirse” en Diabetes Tipo 2.

La tabla 5 muestra la dimensión “Tomar Medicinas”.

La Tabla 6 muestra la dimensión “Comer Sanamente”.

La tabla 7 muestra la dimensión “Hacer Ejercicio”.

La tabla 8 muestra la dimensión “Seguir instrucciones del Doctor”.



Tabla 5. Dimensión: tomar medicinas

Definidoras: Necesidad, olvido, caro, importante, difícil, cansado

NIVEL PERSONAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL SOCIAL / LABORAL
<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Me tomo las medicinas que necesito.                      Compro mis medicinas aunque cuesten caras.                      Me es difícil tomar mis medicinas en el horario indicado.                      Se me olvida tomar mis medicinas.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Me siento capaz de tomar las medicinas que necesito.                      Soy capaz de comprar mis medicinas aunque cuesten caras.                      Estoy dispuesto a tomar mis medicinas aunque sea difícil.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Mi familia me recuerda que debo tomar mis medicinas.                      Mi familia sabe que es importante para mi salud que tome mis medicinas.                      Es difícil que mi familia me ayude para que tome mis medicinas.                      Mi familia sabe que necesito tomar medicinas para estar bien.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Estoy dispuesto a tomar mis medicinas en casa.                      Me siento capaz de tomar mis medicinas frente a mi familia.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Cuando estoy en una fiesta me es difícil tomar mis medicinas.                      Estoy cansado de tomar medicamentos cuando estoy con mis amigos.                      Se me olvida tomar mis medicinas cuando estoy en el trabajo.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Me siento capaz de tomar mis medicinas cuando estoy en una fiesta.                      Sé que puedo tomar mis medicinas mientras estoy trabajando o con mis amigos.</p>

Tabla 6. Dimensión: comer sanamente

Definidoras: Saludable, recomendable, importante, caro, desabrido.

NIVEL PERSONAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL SOCIAL / LABORAL
<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS(frecuencias):</p> <p>Como alimentos saludables. Es recomendable que yo coma sanamente. No como alimentos que estén desabridos. Evito comer alimentos dulces.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Estoy dispuesto a comer alimentos desabridos. Soy capaz de comer alimentos saludables. Logro comer alimentos sin azúcar. Me siento capaz de comer alimentos que son recomendables para mi salud.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Mi familia quita la sal de la mesa cuando vamos a comer. En mi casa se preparan alimentos con azúcar. En mi casa comemos alimentos saludables.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Estoy dispuesto a comer alimentos desabridos aunque mi familia los consuma con azúcar o sal. Sé que puedo rechazar alimentos salados aunque sean preparados en mi casa.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Mis amigos me recomiendan lugares donde comer sanamente. En el trabajo, la comida sana es cara. Es importante que yo coma sanamente cuando estoy con mis amigos o en el trabajo.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Sé que puedo rechazar un alimento o bebida dulce cuando estoy en una fiesta. Estoy dispuesto a comer sanamente cuando estoy con mis amigos.</p>

Tabla 7. Dimensión: hacer ejercicio

Definidoras: Importante, caminar, bueno, necesario, recomendable.

NIVEL PERSONAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL SOCIAL / LABORAL
<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Sigo la recomendación de caminar.  Hago el ejercicio necesario.  Hago ejercicio porque es bueno para mi salud.  Sé que necesito hacer ejercicio y lo hago.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Me siento capaz de hacer el ejercicio necesario.  Puedo hacer ejercicio cuando me lo recomiendan.  Logro caminar lo necesario.  Puedo hacer una cantidad importante de ejercicio.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Para mi familia es importante que yo camine.  Mis familiares me apoyan para que yo haga ejercicio.  En mi familia hacemos ejercicio.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Estoy dispuesto a hacer ejercicio con mi familia.  Sé que puedo hacer ejercicio en casa.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Me reúno con mis amigos para hacer ejercicio.  Procuró caminar cuando voy al trabajo.  Aunque yo trabaje o vea a mis amigos, hago el ejercicio necesario.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Me siento capaz de hacer ejercicio con mis amigos.  Estoy dispuesto a caminar cuando voy a mi trabajo.</p>

Tabla 8. Dimensión: seguir instrucciones del doctor

Definidoras: Cuidarse, necesario, importante, obedecer, alivio, recomendable.

NIVEL PERSONAL	NIVEL FAMILIAR	NIVEL SOCIAL / LABORAL
<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias) :</p> <p>Hago lo que me indica el doctor. Cuido mi salud por indicaciones del doctor. Me siento aliviado cuando sigo las instrucciones del doctor. Obedezco cuando el doctor me da alguna indicación</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Soy capaz de hacer lo que me indica el doctor en el cuidado de mi salud. Me siento capaz de seguir las recomendaciones del doctor. Puedo hacer lo que me indica el doctor para aliviarme. Estoy dispuesto a obedecer las recomendaciones del doctor.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Para mi familia es importante que yo siga las instrucciones del doctor. Mi familia me apoya para que yo siga las indicaciones del doctor Mi familia cuida que yo siga las indicaciones del doctor.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Estoy dispuesto a seguir las instrucciones del doctor cuando estoy en mi casa. Me siento capaz de seguir las indicaciones del doctor cuando estoy con mi familia.</p>	<p>REACTIVOS DE CONDUCTAS (frecuencias):</p> <p>Mis amigos me recomiendan que siga las instrucciones del doctor. Sigo las indicaciones del doctor cuando estoy con mis amigos. Mis amigos me apoyan para que siga las indicaciones del doctor.</p> <p>REACTIVOS DE AUTOEFICACIA:</p> <p>Me siento capaz de seguir las instrucciones del doctor cuando estoy trabajando. Creo que puedo estar en mi trabajo y seguir las instrucciones del doctor.</p>

### *Piloteo con 32 pacientes*

Se inició el análisis de resultados haciendo un análisis de frecuencias por cada una de las dos escalas, mismas que fueron aplicadas en una muestra de 32 pacientes:

Escala que mide Adherencia Terapéutica:

Se identificó que los sujetos no utilizaron todas las opciones de respuesta en los reactivos 3 y 8. Los puntajes que se ubican en el grupo más bajo caen entre: 40 – 53. Los puntajes que se ubican en el grupo más alto caen entre: 66 – 83.

Se aplicó una prueba t de dos colas para muestras independientes, y se identifica que los reactivos que no discriminan entre los grupos alto y bajo, a un  $\alpha$  de 0.05 son los siguientes: 1, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17 y 21.

Se utilizaron las tablas de contingencia para observar la direccionalidad de los reactivos considerando el grupo alto y el grupo bajo y se observa que los reactivos que no cumplen con el criterio de Direccionalidad son los siguientes: 1, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 21 y 22.

Se estableció la Consistencia Interna, mediante el  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo el siguiente valor: Alpha = 0.8153.

En la tabla 9 se presenta un resumen de los reactivos y su comportamiento en cuanto a Frecuencia, Discriminación y direccionalidad.

Tabla 9. Frecuencia, Discriminación y Direccionalidad de los reactivos para piloteo de la escala de Adherencia Terapéutica

REACTIVO	FRECUENCIA	DISCRIMINACIÓN	DIRECCIONALIDAD
1	√	<b>X</b>	<b>X</b>
2	√	√	√
3	<b>X</b>	√	√
4	√	√	√
5	√	√	√
6	√	√	√
7	√	<b>X</b>	<b>X</b>
8	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
9	√	<b>X</b>	√
10	√	√	<b>X</b>
11	√	√	√
12	√	<b>X</b>	√
13	√	√	√
14	√	<b>X</b>	<b>X</b>
15	√	√	√
16	√	<b>X</b>	<b>X</b>
17	√	<b>X</b>	<b>X</b>
18	√	√	√
19	√	√	√
20	√	√	√
21	√	<b>X</b>	<b>X</b>
22	√	√	<b>X</b>

Como último paso del piloteo en la muestra de 25 pacientes, se eliminaron de la escala los reactivos: 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 21, 22, a partir de lo cual quedó la escala reducida a 12 reactivos.

Escala que mide Autoeficacia para la Adherencia Terapéutica:

Los pacientes no utilizaron todas las opciones de respuesta de los siguientes reactivos.: 1, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15 y 17.

Se obtuvieron los cuartiles para identificar el grupo alto y el bajo en cada una de las dos escalas, los puntajes más altos y más bajos en el cuartil 25 y en el cuartil 75 fueron los siguientes:

Los puntajes que se ubican en el grupo más bajo caen entre: 33 – 49.5

Los puntajes que se ubican en el grupo más alto caen entre: 69.5 – 78.

Se aplicó una prueba t de dos colas para muestras independientes, y se identifica que los reactivos que no discriminan entre los grupos alto y bajo, a un  $\alpha$  de 0.05 son los siguientes: 4 y 15.

En esta escala, se utilizaron las tablas de contingencia para observar la direccionalidad de los reactivos considerando el grupo alto y el grupo bajo y se encuentra que todos los reactivos cumplen con el criterio de Direccionalidad, es decir, todos los reactivos tienen una distribución adecuada.

Se estableció la Consistencia Interna, mediante el  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo el siguiente valor Alpha = .9448.

En la tabla 10 se encuentra una tabla resumen de los reactivos que coformaron las escalas para el piloteo y su comportamiento en cuanto a Frecuencia, Discriminación y direccionalidad.

Tabla 10. Frecuencia, Discriminación y Direccionalidad de los reactivos para piloteo de la escala de Autoeficacia para la Adherencia Terapéutica

REACTIVO	FRECUENCIA	DISCRIMINACION	DIRECCIONALIDAD
1	X	√	√
2	√	√	√
3	√	√	√
4	√	X	√
5	X	√	√
6	X	√	√
7	X	√	√
8	√	√	√
9	√	√	√
10	X	√	√
11	X	√	√
12	√	√	√
13	X	√	√
14	√	√	√
15	X	X	√
16	√	√	√
17	X	√	√
18	√	√	√
19	√	√	√
20	√	√	√

Como último paso del piloteo en la muestra de 25 pacientes, se eliminaron de la escala los reactivos: 1,2 y 3, por lo que la escala quedó reducida a 17 reactivos.



*Aplicación final con 82 pacientes*

Los datos sociodemográficos y de identificación de los pacientes participantes en la aplicación final del instrumento se presentan en las tablas 11 y 12, donde se muestra que participaron un total de 82 pacientes, 28 hombres y 54 mujeres, de los cuales 16 eran solteros y 66 eran casados, la mayoría tenían estudios de primaria, y la mayoría eran residentes del distrito Federal y del Estado de México, repartidos de forma igual, mientras que la minoría son de Provincia, en los que la media de edad es de 55.94 años y el mínimo tiempo de diagnóstico es de menos de un año y el máximo es de 28 años.

Tabla 11. Datos sociodemográficos de los pacientes participantes en la muestra final.

	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Lugar de residencia
Masculino	28	-	-	-
Femenino	54	-	-	-
Soltero	-	16	-	-
Casado	-	66	-	-
Sin estudios	-	-	17	-
Primaria	-	-	38	-
Secundaria	-	-	12	-
Preparatoria	-	-	11	-
Profesional o posgrado	-	-	4	-
Distrito Federal	-	-	-	36
Estado de México	-	-	-	36
Provincia	-	-	-	10
TOTAL	82	82	82	82

Tabla 12. Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos de la muestra final.

	Edad	Tiempo de diagnóstico en años
Media	55.94	4.94
Mediana	56.50	6
Moda	64	6
Mínimo	23	0
Máximo	85	28

A continuación se presenta el análisis de frecuencias que se hizo para cada una de las dos escalas finales.

#### *Escala de Adherencia Terapéutica*

Se identificó que los sujetos utilizaron todas las opciones de respuesta en todos los reactivos:

Los puntajes que se ubican en el grupo más bajo caen entre: 12 – 27.75.

Los puntajes que se ubican en el grupo más alto caen entre: 41 – 48.

Se aplicó una prueba t de dos colas para muestras independientes, y se identifica que todos los reactivos discriminan entre los grupos alto y bajo, a un  $\alpha$  de 0.05.

Se utilizaron los Crosstabs para observar la direccionalidad de los reactivos considerando el grupo alto y el grupo bajo y se observa que únicamente el reactivo que no cumplen con el criterio de Direccionalidad es el reactivo 6:

Se estableció la Consistencia Interna, mediante el  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo el siguiente valore: Alpha = 0.8623

La tabla 13 muestra el resumen de los reactivos que conformaron la escala para su aplicación final y su comportamiento en cuanto a Frecuencia, Discriminación y direccionalidad.

Tabla 13. Frecuencia, Discriminación y Direccionalidad de los reactivos para la aplicación final de la escala de Adherencia Terapéutica

REACTIVO	FRECUENCIA	DISCRIMINACIÓN	DIRECCIONALIDAD
1	√	√	√
2	√	√	√
3	√	√	√
4	√	√	√
5	√	√	√
6	√	√	<b>X</b>
7	√	√	√
8	√	√	√
9	√	√	√
10	√	√	√
11	√	√	√
12	√	√	√

*Escala que mide Autoeficacia para la Adherencia Terapéutica*

Se observa que los pacientes utilizaron todas las opciones de respuesta de todos los reactivos.

Se obtuvieron los cuartiles para identificar el grupo alto y el bajo en cada una de las dos escalas, los puntajes más altos y más bajos en el cuartil 25 y en el cuartil 75 fueron los siguientes:

Los puntajes que se ubican en el grupo más bajo caen entre: 17 – 43.75.

Los puntajes que se ubican en el grupo más alto caen entre: 56.2 – 68.

Se aplicó una prueba t de dos colas para muestras independientes, y se identifica que todos los reactivos discriminan entre los grupos alto y bajo, a un  $\alpha$  de 0.05.

En esta escala, se utilizaron los Crosstabs para observar la direccionalidad de los reactivos considerando el grupo alto y el grupo bajo y se encuentra que todos los reactivos cumplen con el criterio de Direccionalidad, es decir, todos los reactivos tienen una distribución adecuada.

Se estableció la Consistencia Interna, mediante el  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo el siguiente valor Alpha = .9145.

Como último paso del piloteo en la muestra de 25 pacientes, se eliminaron de la escala los reactivos: 1,2 y 3, por lo que la escala quedó reducida a 17 reactivos.

En la tabla 14 se presenta un resumen de los reactivos y su comportamiento en cuanto a Frecuencia, Discriminación y direccionalidad.

Tabla 14. Frecuencia, Discriminación y Direccionalidad de los reactivos para la aplicación final de la escala de Autoeficacia para la Adherencia Terapéutica.

REACTIVO	FRECUENCIA	DISCRIMINACIÓN	DIRECCIONALIDAD
1	√	√	√
2	√	√	√
3	√	√	√
4	√	√	√
5	√	√	√
6	√	√	<b>X</b>
7	√	√	√
8	√	√	√
9	√	√	√
10	√	√	√
11	√	√	√
12	√	√	√

En resumen. Se construyó una escala de autoeficacia y otra de adherencia a través de dos etapas. La primera fue una fase piloto con 32 pacientes y la segunda incluyó a 82 pacientes. La versión final la escala de adherencia tuvo confiabilidad alpha de .86 y la de autoeficacia de .91. Estas versiones se muestran a continuación.

## ESCALA FINAL DE AUTOEFICACIA Y ADHERENCIA EN DIABETES

En la Maestría de Psicología de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México estamos interesados en saber más acerca de las personas que tienen diabetes. Con ese fin hemos preparado las siguientes preguntas.

Edad: \_\_\_\_\_ años.

Ocupación: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" de acuerdo con su caso:

Sexo: (M) (F)

Usted es: ( ) Soltero ( ) Casado

Grado de estudios:

- Sin estudios  
 Primaria  
 Secundaria  
 Preparatoria  
 Profesional o  
Posgrado

Usted vive en:

Distrito Federal

Estado de México

Otro Estado de la  
República, ¿Cuál?

¿Desde cuándo le diagnosticaron diabetes? \_\_\_\_\_

Hace menos de 1 año

Hace 4 años

Hace 1 año

Hace 5 años

Hace 2 años  
años: ¿cuántos? \_\_\_\_\_

( ) Hace más de 5

Hace 3 años

Usted vive con:

Un familiar

3 o más familiares, ¿cuántos? \_\_\_\_\_

Dos familiares

Solo

## AUTOEFICACIA EN DIABETES

Instrucciones: A continuación se enumeran varias afirmaciones que se relacionan con: “QUÉ TAN CAPAZ SE SIENTE DE HACER CIERTAS COSAS”. Por favor marque con una X dentro de las siguientes opciones de respuesta:

- Nada capaz
- Poco capaz
- Muy capaz
- Totalmente capaz

¿QUÉ TAN CAPAZ ME SIENTO DE...	NADA CAPAZ	POCO CAPAZ	MUY CAPAZ	TOTALMENTE CAPAZ
1. Comer alimentos saludables.				
2. Tomar las medicinas que necesito.				
3. Hacer ejercicio cuando me lo recomiendan.				
4. Comer alimentos desabridos.				
5. Comprar mis medicinas aunque cuesten caras.				
6. Hacer ejercicio en casa.				
7. Caminar lo necesario.				
8. Comer alimentos sin azúcar.				
9. Tomar mis medicinas aunque sea difícil.				
10. Comer alimentos desabridos aunque mi familia los consuma con azúcar o sal.				
11. Hacer una cantidad importante de ejercicio.				
12. Rechazar un alimento o bebida dulce cuando estoy en una fiesta.				
13. Tomar mis medicinas cuando estoy en una fiesta.				
14. Comer alimentos que son recomendables para mi salud.				
15. Rechazar alimentos dulces aunque sean preparados en mi casa.				
16. Tomar mis medicinas frente a mi familia.				
17. Comer sanamente cuando estoy fuera de mi casa.				



## ADHERENCIA EN DIABETES

Instrucciones: A continuación se enumeran varias afirmaciones que se relacionan con distintas áreas de su vida. Por favor marque con una X de acuerdo con LO QUE LE OCURRE A USTED REGULARMENTE, dentro de las siguientes opciones de respuesta:

- Nunca
- Pocas veces
- Muchas veces
- Siempre

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Como alimentos saludables.				
2. Sigo la recomendación de caminar.				
3. Mi familia me recuerda que debo tomar mis medicinas.				
4. Mi familia quita el azúcar de la mesa cuando vamos a comer.				
5. Mi familia se interesa en que yo camine.				
6. Cuido mi salud por indicaciones del doctor.				
7. Mis familiares me apoyan para que tome mis medicinas.				
8. Mis familiares me apoyan para que yo haga ejercicio.				
9. Procuro caminar cuando salgo a la calle.				
10. En mi casa comemos alimentos saludables.				
11. En mi familia hacemos ejercicio.				
12. Mi familia cuida que yo siga las indicaciones del doctor.				

¿Desea agregar algún comentario?

---

## CASO CLÍNICO

A continuación se presenta uno de los casos atendidos durante la rotación en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

### Ficha de Identificación

Nombre: María A.R.

Sexo: Femenino

Edad: 36 años

Fecha de nacimiento: 14 de Agosto de 1968

Estado civil: casada (a sus 27 años)

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Empleada doméstica eventual

Religión: Católica

Lugar de nacimiento y residencia: México, D. F.

No. de hermanos: 3

Posición que ocupa: 1/3

No. de hijos: 4

Edades: 9, 6, 5 y 1 años.

No. de abortos: 2 (espontáneos)

### Motivo de Consulta

La paciente es referida por la Trabajadora Social del Servicio de Medicina Interna (por ser objeto de violencia intrafamiliar) y posteriormente captada en el área de hospitalización del mismo. Al mencionarle que en el Servicio se cuenta con atención psicológica para los pacientes hospitalizados y darle una breve información del tipo de apoyo que se les brinda, ella responde “pues no sabía, por eso no pedí de su apoyo, pero ya que me lo dice ¿puedo contarle mis problemas?” (*Sic* paciente), posteriormente se inició la evaluación.

María menciona que desde siempre ha vivido entre los golpes, pues desde pequeña veía cómo su padre llegaba alcoholizado de la jornada de albañilería a casa a golpear a su madre y a decirle reclamos y palabras groseras, esto al principio a ella le causaba miedo, luego enojo y finalmente para ella se convirtió en algo natural, pues veía que su madre, quien se dedicaba al hogar, no oponía resistencia ni solicitaba ayuda a otras personas.

Refiere que cuando conoció al que sería su esposo, pensó “cuando me case con él, me voy a salir de la casa y ya no voy a ver más golpes, pero los que me preocupan son mis hermanos” (*Sic* paciente). Se casó hace aproximadamente nueve años, y desde unos meses después de su boda hasta la fecha, ha recibido maltrato de parte de su esposo alcohólico, en forma verbal y física, pues éste la insulta con frecuencia y la ha golpeado con la mano, con un cinturón y en ocasiones con una vara, los golpes han sido en todo el cuerpo, mismos que nunca han sido incapacitantes y de los cuales se recupera generalmente en el mismo día.

#### Impresión y Actitud General

Paciente femenina de edad aparente mayor a la cronológica, de estatura media, constitución ectomórfica, tez morena clara, presenta condiciones regulares de higiene y aliño personal y facie de ausencia aparente de afecto durante su discurso, a pesar de lo cual se muestra atenta y cooperadora.

#### Antecedentes de Importancia

La paciente es la mayor de 3 hermanos, y refiere que su infancia fue “difícil”, pues desde pequeña tuvo que apoyar a su madre en el cuidado de sus dos hermanos menores, hombre y mujer, quienes actualmente tienen 24 y 18 años respectivamente.

Su desarrollo fue normal durante los estudios de primaria, etapa durante la cual repartía su tiempo entre las actividades del hogar (barrer, limpiar, etc.) y la

escuela, y al término de ésta, empezó a ayudar por completo a su madre en los quehaceres domésticos y el cuidado de sus dos hermanos menores.

La relación con sus hermanos fue cercana y con una comunicación fluida, compartían juegos infantiles y ella “los protegía” cuando su padre golpeaba a su madre, encerrándolos en una habitación de la casa para que no vieran los golpes que recibía su madre, y siguieron teniendo una relación aceptable hasta que se casaron primero ella y después su hermano menor inmediato, posteriormente se fueron alejando poco a poco, y actualmente casi no tienen contacto, en la casa paterna viven sus padres y su hermana menor.

Su etapa de adolescencia y adultez joven han transcurrido entre las actividades de la casa, menciona escasas relaciones sociales, y su primer novio lo tuvo a los 20 años, al cual recuerda como alguien bueno pero no estaba enamorada de él.

Conoció al que sería su esposo cuando tenía 25 años y se enamoró de él, pues lo veía como alguien fuerte, dueño de sí e independiente económicamente. Su noviazgo fue para ella bonito y recuerda que él en ocasiones le regalaba flores. Sin embargo, cuando se casaron, pasaron pocos meses para que él dejara de ser amable con ella, después se comportaba déspota, agresivo y celoso, llegaba ebrio a la casa de renta donde aún habitan y desde entonces la golpea “sin motivo” (*Sic* paciente).

Menciona que su vida es muy parecida a la de su madre, en cuanto a que ella también recibió golpes e injurias por parte del esposo, “mi mamá me pasó la mala estrella, pues a ella la golpeaba mi papá y a mi me golpea mi esposo” (*Sic*. Paciente).

Existe una relación problemática entre María y la madre de su esposo, pues ésta se involucra con frecuencia en asuntos del núcleo familiar actual de la paciente. Un ejemplo de lo anterior es que la suegra le ha hecho manifiesto a la paciente que la considera responsable por la pérdida de sus dos hijos (abortos espontáneos).

En cuanto a la relación con su esposo, la paciente reporta que ésta se ha ido deteriorando cada vez más a partir de que recibió el primer golpe por parte de él, esto sucedió cuando tenían pocos meses de casados; ella se ha ido en cuatro ocasiones de su casa, con intención de abandonarlo, pero regresa porque piensa que esa es la vida que le tocó vivir.

La última vez que ella se fue de su casa, estuvo dos meses en la casa de sus padres, pero al cabo de ese tiempo se enteró de que su esposo había sufrido un severo ataque callejero, donde le fracturaron el fémur izquierdo, y este fue el motivo de que ella regresara a su casa, pues piensa que tiene qué estar con él para cuidarlo.

#### Historia Médico-psiquiátrica

No refiere enfermedades de importancia durante su infancia, solamente menciona los dos abortos siguientes al nacimiento de su hijo mayor, de los cuales desconoce la causa.

#### Padecimiento Actual

Ingresa al piso de hospitalización por presentar Síndrome Febril secundario a probable cáncer de páncreas. La paciente no solicita atención psicológica inicialmente, ni refiere problemas psicológicos que estén afectando a su vida personal o familiar. Sin embargo, a la entrevista refiere que, aunque está acostumbrada a los golpes de su esposo, le gustaría no ser golpeada, pues ve a otras mujeres que no son víctimas de violencia intrafamiliar. Se observa un historial de varios años de violencia intrafamiliar, tanto en la familia nuclear como en la familia de origen, lo cual explica que la paciente considere normal este patrón de conducta en sus relaciones. Se le preguntó que cómo se ha sentido últimamente o qué cosas le preocupan en mayor medida. Dio las siguientes respuestas a las cuales se le pidió calificar de 0 (nada) a 10 (totalmente) según el grado en que lo sintiera o creyera: preocupación por sus hijos (10), creía que su mamá le pasó la mala estrella para que la golpearan

(10), cree que ella es la responsable de cuidar a su esposo (10) y tiene miedo a los tratamientos médicos en caso de que tenga cáncer (10).

### Examen Mental

La paciente está orientada en las tres esferas, tiene adecuados procesos de atención y concentración, no presenta alteraciones en la memoria y su lenguaje es coherente y congruente, no se observan alteraciones sensoriales, el contenido de su discurso es coherente, presenta juicio concreto, su respuesta psicomotora y período de latencia son adecuados.

### Diagnóstico Multiaxial

Eje I. La paciente ha recibido maltrato de parte de su esposo, en forma verbal y física, a manera de insultos frecuentes, golpes con la mano, con un cinturón y en ocasiones con una vara, los golpes han sido en todo el cuerpo, refiere que nunca han sido incapacitantes y de los cuales se recupera generalmente en el mismo día.

Eje II. Sin diagnóstico. Z03.2 Ñ [V71.09]

Eje III. Síndrome febril secundario a probable cáncer de páncreas.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo: aquí se incluye el abuso físico que ha sufrido la paciente.

Eje V. 60. Síntomas moderados (afecto aplanado) y dificultades moderadas en la actividad social.

Conceptualización cognitivo conductual:  
Revisión de la literatura e impresión diagnóstica

De acuerdo con la conceptualización cognitivo conductual (Beck, 1995) puede representarse la situación de la paciente de la siguiente forma:

<b>A</b> EVENTOS ACTIVADORES	<b>B</b> PENSAMIENTOS	<b>C</b> CONSECUENCIAS
* Vio a su padre cuando golpeaba a su madre.  * Recibir golpes por parte de su esposo.	* Mi mamá me pasó la estrella.  * Merezco recibir golpes	* Permitir que su esposo la golpee y la insulte (conductual).  * No se encuentran consecuencias emocionales

La paciente sufre violencia por parte de su esposo la cual ella tolera. Considera inmodificable su situación porque “es lo que le tocó vivir”. No parece que esto le afecte emocionalmente debido a que cree que es “normal” lo que le sucede. Influye en su problema actual la violencia que ella ha presenciado en su familia de origen. Cabe señalar que desafortunadamente existe alta prevalencia de violencia en México: del 28 al 60% de las mujeres sufre de violencia ejercida por la pareja (Valdéz & Juárez, 1998).

Además, es posible que su síndrome febril y hospitalización se deban en parte a la violencia que recibe la paciente. De acuerdo con la Organización Panamericana de la salud (2002) las personas víctimas de violencia corren mayor riesgo de lesiones físicas, depresión, abuso del alcohol, ansiedad, y

problemas reproductivos (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales). Específicamente, en cuanto a los abortos espontáneos de la paciente, es frecuente que la violencia tenga repercusiones en la salud sexual dado que aumenta la probabilidad de conductas sexuales de riesgo, transmisión de enfermedades sexuales, embarazos no deseados que terminen en aborto, disfunción sexual y dolor pélvico (Coker, 2007).

La historia familiar de la paciente ha repercutido en su problema actual de manera que ella sigue adoptando un rol de cuidadora y protectora:

<b><i>Antecedentes en la niñez de la paciente</i></b>	<b><i>Problema actual</i></b>
<p>Es la mayor de tres hermanos.</p> <p>Desde pequeña apoyó a su madre en el cuidado de sus dos hermanos.</p> <p>Mientras estudiaba la primaria ayudaba en quehaceres del hogar (barrer, limpiar).</p> <p>Al terminar la primaria ayudaba por completo a su madre en los quehaceres domésticos y el cuidado de sus hermanos menores.</p> <p>Cuando había golpes ella encerraba a sus hermanos para que no vieran la violencia.</p>	<p>Ha intentado abandonar a su esposo sin éxito:</p> <p>Se fue de la casa dos meses y después se enteró de que su esposo sufrió un severo ataque callejero (le fracturaron un fémur) lo cual la hizo regresar a la casa pues ella considera que debe estar con él para cuidarlo.</p>
<b><i>Rol aprendido:</i></b> Cuidadora y protectora	<b><i>Rol que mantiene:</i></b> Cuidadora y protectora



De igual forma se encontraron antecedentes de importancia en la adolescencia e inicio de la edad adulta de la paciente que influyen en su problema actual:

<b><i>Antecedentes en la adolescencia e inicio de la edad adulta de la paciente</i></b>	<b><i>Problema actual</i></b>
<p>Seguía realizando actividades de la casa</p> <p>Tuvo su primer novio a los 20 años a quien recuerda como alguien bueno pero no estaba enamorada de él.</p>	<p>A sus 25 años conoció a su esposo y se enamoró de él, lo veía como alguien fuerte, dueño de sí e independiente económicamente.</p> <p>Pocos meses después de casarse él dejó de ser amable con ella, se comportaba déspota, agresivo y celoso.</p> <p>Llegaba ebrio a la casa y la golpeaba sin motivo aparente.</p>
<p><b><i>Aprendizaje:</i></b> Relacionarse con personas que sean violentas (es probable que se aleje de quienes no son violentos).</p>	<p><b><i>Mantenimiento del aprendizaje:</i></b> Ella eligió una persona que fuera violenta (concuerta con su historia personal).</p>

Con la evaluación se observó que a paciente ha vivido varios años con el problema de la violencia, desde su niñez y actualmente en su edad adulta. En términos cognitivo conductuales, la paciente ha desarrollado creencias centrales o esquemas desde su niñez los cuales tiene muy arraigados y como resultado su comportamiento actual contribuye a mantener sus aprendizajes y esquemas (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Cabe señalar que tuvo un novio a sus 20 años pero “no se enamoró de él” probablemente porque no era

violento; después, con quien ahora es su actual esposo, la paciente menciona que “se enamoró de él”. Esto es un ejemplo de cómo los aprendizajes y la formación de esquemas en la historia familiar puede influir en problemas actuales.

### Objetivos de la intervención psicológica

De acuerdo con los datos obtenidos en la evaluación se elaboró el siguiente plan de tratamiento.

Sesión 1.

Objetivo: Dar educación para la salud sobre el cáncer y su tratamiento.

Sesión 2.

Objetivo. Elaborar un plan para fortalecer las redes de apoyo con respecto a sus hijos.

Sesión 3.

Objetivo. Debatir la idea de que “su mamá le pasó la mala estrella para la violencia”.

Sesión 4.

Objetivo. Debatir la idea de que ella es la responsable de su esposo.

### Resultados

Para cubrir los objetivos de la intervención se emplearon distintas técnicas con los siguientes resultados.

Sesión 1.

Técnica: Dar información sobre el cáncer, en qué consiste, opciones de tratamiento.

Resultado: Expresó ideas irracionales (“el cáncer se había debido a su alimentación”). Se le informó sobre las causas múltiples del cáncer y además había que esperar al diagnóstico definitivo de los médicos. Expresó miedo a

que la fueran a operar y le doliera. Se le dijo que eso aún no está decidido pero que está contemplado el uso de medicamentos para el dolor.

Se le pidió que calificara de 0 a 10 en cada sesión su miedo a los tratamientos médicos (figura 1).

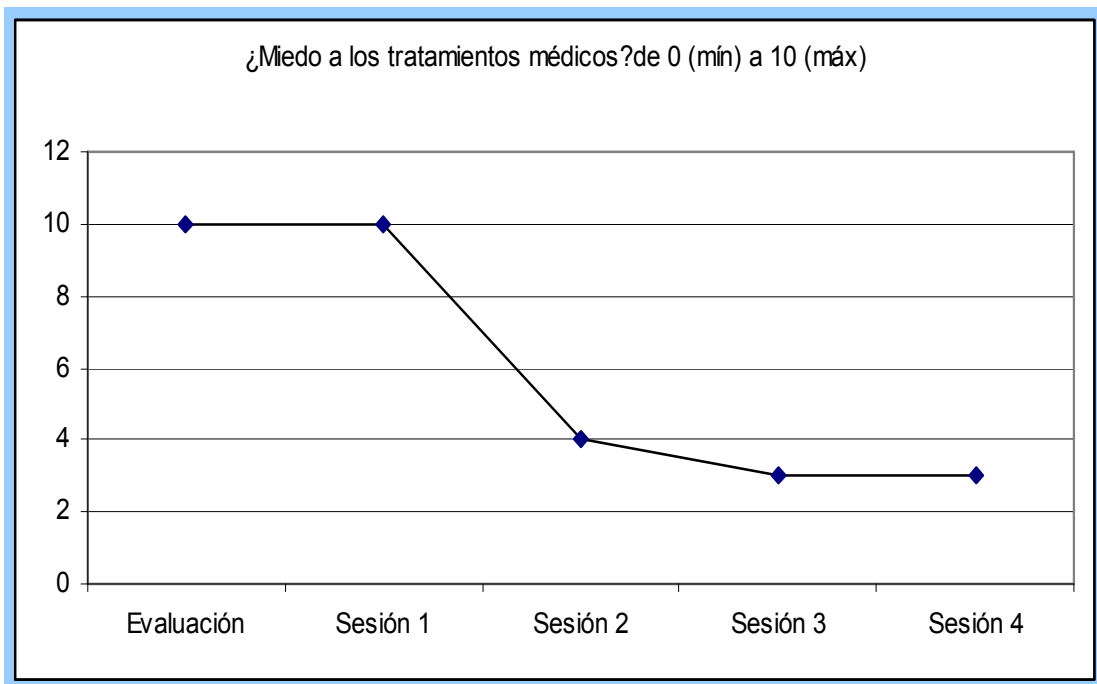


Figura 1. Muestra la calificación que da la paciente a su miedo a los tratamientos médicos en cada sesión.

Tarea: Se le indicó que si tenía dudas adicionales sobre su posible enfermedad y el tratamiento, podía preguntarle a los médicos o bien se hablaría de eso en la siguiente sesión.

Sesión 2

Técnica: Solución de problemas.

Resultado: Dijo que le preocupaba qué sería de sus hijos si ella muere. Se le preguntó con qué personas cuenta si eso sucede. En ese momento empezó a

llorar por lo cual se le ayudó a tranquilizarse. Luego mencionó que tiene una vecina en la cual se puede apoyar y también con su mamá. Se le pidió imaginarse cómo reaccionarían ellas si les pide ayuda con sus hijos; mencionó que lo más seguro es que acepten. Dijo también que era difícil contar con su esposo especialmente por el problema del alcohol.

Tarea: Se le pidió que en cuanto tuviera oportunidad hablara con su vecina y su mamá sobre la preocupación que representaban sus hijos si ella se enferma para pedir su ayuda.

Se le pidió que calificara de 0 a 10 la preocupación por sus hijos en cada sesión (figura 2).

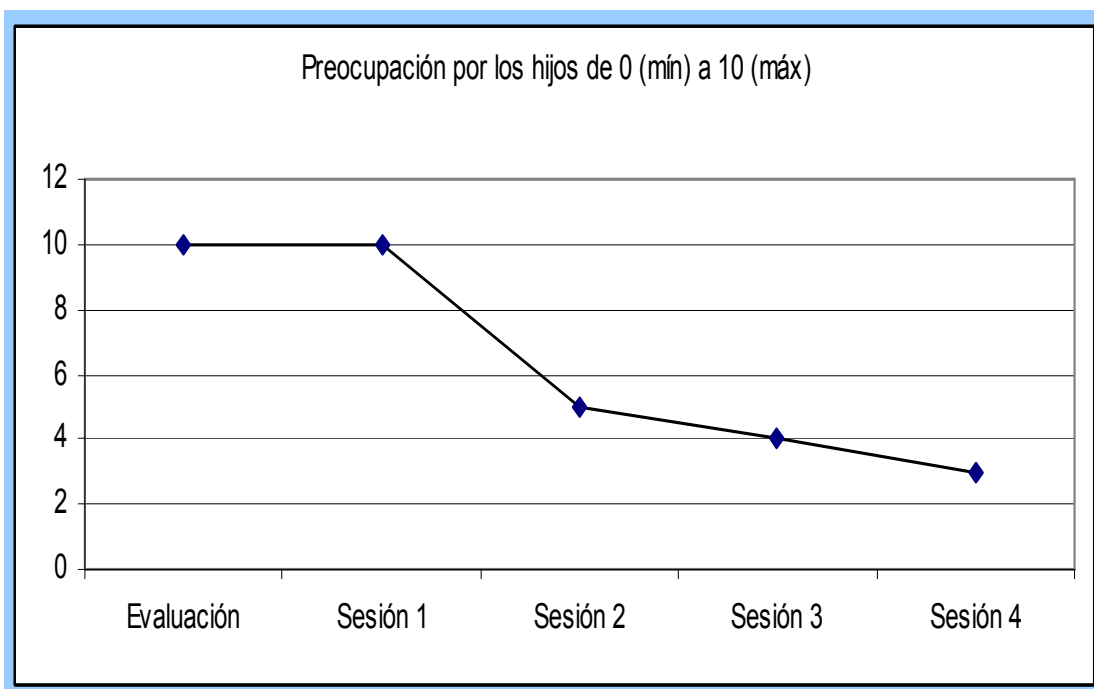


Figura 2. Representa la preocupación de la paciente por sus hijos en una escala de 0 a 10.

### Sesión 3.

Técnica: Buscar evidencia a favor y en contra

Resultado: Se le preguntó de qué forma exactamente se puede “pasar la mala estrella para la violencia”. No encontró respuesta. Se habló con ella de que en gran medida nuestro comportamiento es resultado de nuestras decisiones. Se usaron ejemplos para mostrarle cómo depende de ella lo que le sucede, “si vas a la tienda y el señor se comporta grosero contigo, ¿qué puedes hacer para que no suceda de nuevo?, si tu mamá permitía la violencia, ¿qué puedes hacer para que a ti no te suceda? ¿quién es la principal responsable de tí?. También se le pidió analizar ventajas y desventajas de creer que es normal que le peguen y si otras personas estarían de acuerdo con esa idea. Para este análisis también se retomó información de la evaluación. Ella había expresado que cuando su papá le pegaba a su mamá, ella escondía a sus hermanos para que no vieran. Se le preguntó ¿por qué no querías que vieran? ¿es normal lo que hacía tu papá de pegarle a tu mamá? Respondió que no es tan normal que le peguen.

Se le pidió en cada sesión que calificara de 0 a 10 la creencia de que su mamá le pasó la “mala estrella” para los golpes (figura 3).

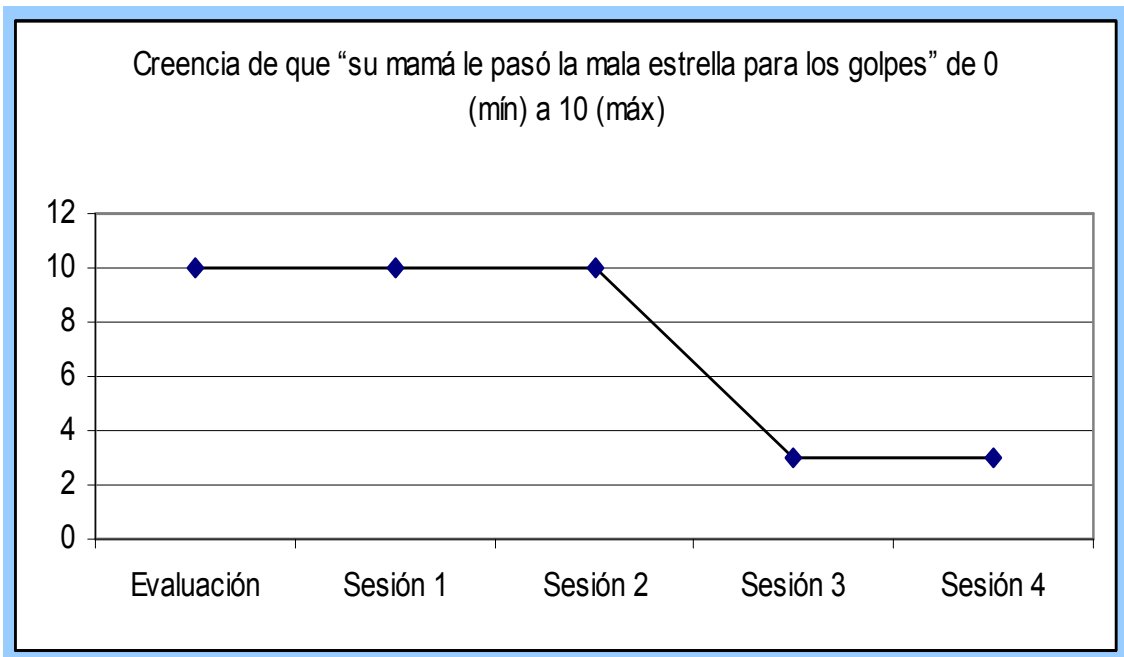


Figura 3. Muestra el grado en que la paciente cree que su mamá le pasó la "mala estrella" para los golpes.

#### Sesión 4

Técnica: Reatribución

Resultado. Se le preguntó cómo era la vida de su esposo antes de que se conocieran y qué cree que pasaría con él si no estuvieran juntos. Se le preguntó quién necesita más de los cuidados de ella, sus hijos o su esposo. Poco a poco reconoció que su esposo es un adulto y que en varias cosas puede cuidar de si mismo. Ella quiere estar con él y apoyarlo, pero acepta que hay cosas que son responsabilidad de él.

Tarea: Se le solicitó que preguntara a un conocido o conocida si está de acuerdo con que ella es la responsable de su esposo.

Se le preguntó en cada sesión el grado en que ella cree que es responsable de su esposo (figura 4).

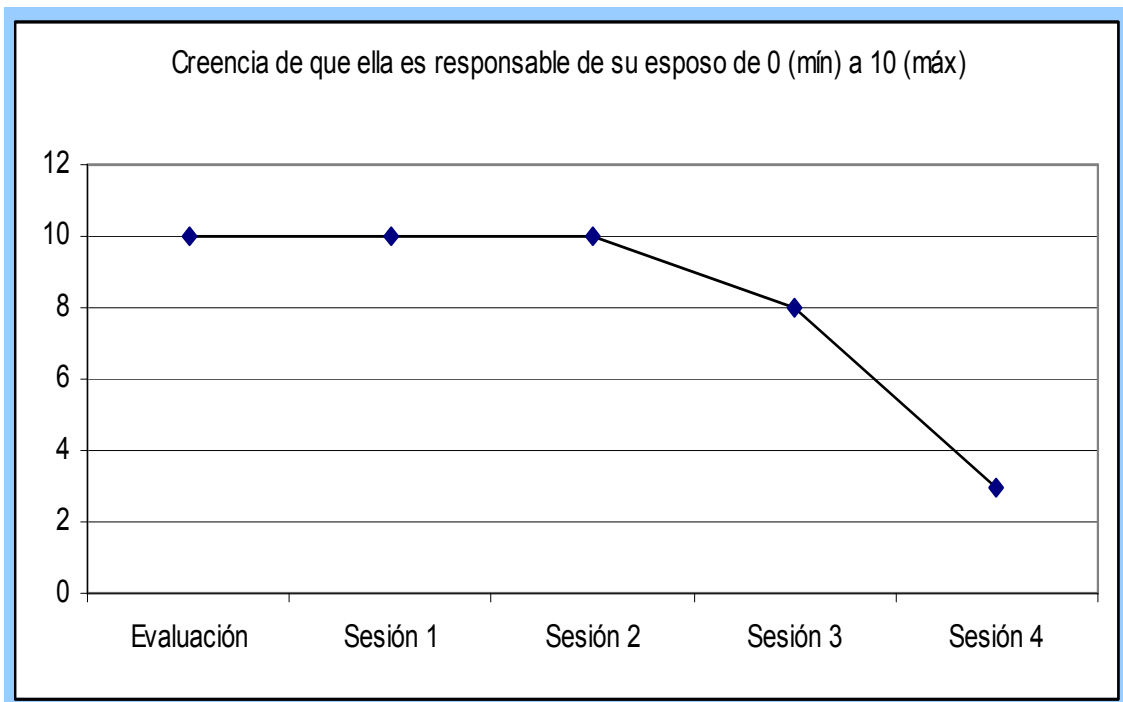


Figura 4. Representa el grado en que la paciente cree que es la responsable de su esposo.

Al día siguiente de la cuarta sesión se le dio de alta a la paciente porque ya había cedido la fiebre. Se le dio cita médica con el servicio a los 15 días pero no asistió.

#### Efectos de la intervención con la paciente

##### *Impacto de la intervención psicológica*

Como resultado la paciente llegó a expresar que era inadecuado que golpearan a las mujeres. Mientras que es favorable que ella haga dicho reconocimiento, el hecho de afirmarlo verbalmente no es sinónimo necesariamente de que ella vaya a cambiar o a hacer algo para evitar que le peguen. Esto también obedece a que es difícil cambiar patrones y creencias de muchos años con intervenciones de una o dos semanas; como consecuencia, es probable que ella se mantenga en el mismo patrón.

Cabe agregar que durante las intervenciones surgió la pregunta para la paciente “¿Por qué no lo dejas?” y su respuesta fue: “Lo dejo pero después no puedo; regreso con él. No lo dejo porque es mi marido y yo tengo que estar con él. Yo soy la que debe de cuidarlo porque yo soy su esposa, tengo que estar con él en las buenas y en las malas. Más ahora después de que le dieron la golpiza callejera yo lo tengo que cuidar”.

#### *Principales logros de la intervención con la paciente*

Uno de los principales logros de la intervención fue que la paciente pudo expresar que es inadecuado golpear a las mujeres. Esto representa un avance si tomamos en cuenta que la paciente no pidió ayuda psicológica (probablemente no veía a la violencia como un problema) y además una de sus ideas iniciales eran que “merecía recibir golpes”. En cuanto a la idea “es normal que me peguen”, después de pedirle analizar ventajas y desventajas de la idea, no encontró ventajas de que le peguen. Mientras que la intervención quizá no es suficiente para detener la violencia, es posible que las respuestas de la paciente representen un inicio para empezar a hacerse consciente del problema. Dicho inicio de conciencia no estaba presente antes.

También se logró activar el uso de sus redes sociales de apoyo para cuidar a sus hijos en caso de que ella llegara a fallecer. Con este logro se podría disminuir el impacto negativo en caso de enfermedad.

*Impacto de la intervención médica:* Se logró la disminución de la fiebre.

#### *Seguimiento*

La población de pacientes que ingresa al servicio de medicina interna es impredecible en cuanto a la constancia o fechas en que asistirán de nuevo al hospital. Aún cuando se les da cita con el médico, no siempre acuden. Esto impidió darle seguimiento al caso.



## Principales logros de la intervención para el desarrollo de competencias

Este caso representó la oportunidad para practicar las siguientes competencias:

- Se conceptuó el caso en términos cognitivo conductuales.
- Se realizó revisión de la literatura tanto teórica como descriptiva sobre las consecuencias de la violencia incluyendo investigación realizada en México (Valdéz & Juárez, 1998).
- Se realizó un análisis cognitivo conductual donde se encontró una asociación entre su patrón de comportamiento actual y sus roles en la niñez y adolescencia.
- Se trabajó en apego a las normas institucionales. Específicamente, se integró el caso considerando también al DSM IV, por petición del jefe del área de psiquiatría.

## **ANEXOS**

### **INFORME EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **Anexo 1. Residencia en el Hospital Juárez de México**

El Hospital Juárez de México, ubicado en Avenida Instituto Politécnico Nacional, No. 5160 Col. Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, es una institución de segundo nivel de atención.

#### *Características de la Sede*

El Hospital cuenta con siete edificios: edificio "A" de consulta externa, que comprende una planta baja y dos niveles superiores, incluye consultorios, el archivo clínico general, la caja general, oficinas generales de la escuela de enfermería, farmacia, almacén, oficina de estadística, sección sindical, conmutador y consultorio de genética.

Los edificios "B" y "B1" de imagenología, servicios médicos y administración en planta baja y nivel superior con cinco salas de rayos X, dos de ultrasonido, una de tomografía axial computarizada, una sala de angiología digital, laboratorio, archivo de placas, dos espacios para interpretación y un cuarto oscuro.

También se encuentra el área de Hemodiálisis, el área de gobierno del Hospital que se compone de la Dirección General y sala de juntas, Dirección Médica, Dirección Administrativa y el área de Inhaloterapia.

En el edificio "C" se encuentran los servicios de urgencias, oncología (radioterapia y quimioterapia), medicina física y rehabilitación y anatomía patológica.

El área de quirófanos, comprende diez salas de operaciones; Terapia intensiva está formada por tres salas donde se pueden atender simultáneamente hasta dieciséis pacientes.

El edificio "D" de Hospitalización está formado por una planta baja y cuatro niveles superiores y contiene las áreas de Admisión hospitalaria, tres aulas de la escuela de enfermería y el Laboratorio Clínico.

El edificio "E" para Investigación y Enseñanza cuenta con cuatro laboratorios para investigación: Inmunología, Microbiología, Genética molecular y Biología molecular y celular; en el área de enseñanza se encuentran tres aulas para sesenta alumnos y dos aulas para cincuenta y dos; también se encuentra la Bibliothemeroteca. En el primer nivel se localizan otras siete aulas, cuatro cubículos, un aula magna y una zona de apoyo a la enseñanza.

En el edificio "F" de Servicios Generales se encuentra la cocina, intendencia, lavandería, el almacén general, talleres de mantenimiento, la subestación eléctrica y casa de maquinas entre otros.

También se cuenta con un vestíbulo, donde se localizan el módulo de informes, salas de espera, oficina de seguridad, de limpieza y el auditorio principal.

#### *Ubicación del Residente de Medicina Conductual*

El primer año de residencia (01 de marzo 2004 - 28 Febrero 2005), estuve asignada al servicio de Medicina Interna junto al Psic. Arturo Del Castillo Arreola, quien cursaba su segundo año de residencia. El trabajo era organizado entre ambos de manera semanal, donde él trabajaba con intervenciones cognitivo-conductuales para grupos de pacientes diabéticos y ambos nos turnábamos los días de trabajo con los pacientes internados en el área de hospitalización y la intervención individual con los pacientes que acudían a la consulta externa.

El servicio de Medicina Interna se encuentra ubicado en el segundo piso del área de hospitalización, donde el Jefe del Servicio es el Dr. Martín Herrera Cornejo (especialista en Medicina Interna), directamente a su cargo se encuentran tres médicos adscritos al servicio, médicos residentes que rotaban por el Servicio de manera trimestral, una jefa de enfermeras, un grupo de enfermeras que trabajaban tanto en hospitalización como en los consultorios, personal administrativo y una Trabajadora Social.

### *Actividades Académicas en la Sede*

El primer semestre de residencia en el Hospital, asistí por las tardes a la Facultad de Psicología a tomar clases pertenecientes al programa académico de la Maestría en Medicina Conductual.

Asistí a las sesiones generales que se realizan de manera semanal en el Auditorio del Hospital los días miércoles en horario de 12:00 a 13:00 p.m. en las cuales se ofrecen conferencias diversas con casos clínicos sobre las distintas especialidades médicas que se practican y de manera ocasional participaban médicos externos en dichas conferencias.

Participé también a las sesiones semanales que se realizaban los martes de 10:00 a.m. a 11:00 a.m., las cuales eran impartidas por la Supervisora in Situ, en las cuales se nos entrenó en el uso de los formatos reglamentarios para presentar reportes de productividad, reportes de morbilidad de los pacientes del servicio al que estuve adscrita y notas clínicas. También en estas sesiones se realizaba la supervisión y discusión de casos clínicos que presentábamos los residentes de Medicina Conductual que estábamos asignados en los distintos Servicios del Hospital.

Los jueves de 11 a 13 hrs nos reuníamos los psicólogos residentes del Hospital con el supervisor académico de la facultad de psicología, el Dr. Leonardo Reynoso Erazo, para desarrollar las siguientes actividades: discusión de diagnósticos, revisión de casos clínicos y sesiones bibliográficas.

Los viernes asistí a las sesiones teóricas de 12:00 p.m. a 14:00 p.m. donde la Supervisora in Situ nos impartía técnicas cognitivo-conductuales para perfeccionar nuestras intervenciones con los pacientes.

Los miércoles en horario de 10:00 a 11:00 a.m. se realizaban las sesiones clínicas del área de Psicología, en las cuales mis compañeros residentes y yo presentábamos casos clínicos, los cuales eran discutidos por el grupo asistente y se nos ofrecían sugerencias y recomendaciones.

### *Actividades desarrolladas en la Sede*

Los días lunes, martes, jueves y viernes se realizaba el pase de visita a las 8:30 a.m. con el equipo médico y de enfermería por el área de hospitalización, los miércoles a las 8:30 a.m se hacía el pase de visita general el jefe de servicio, el equipo médico y el grupo de enfermeras.

Las principales actividades en hospitalización eran: Pasar visita diariamente a las salas de hospitalización, realizar entrevista a los pacientes, realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo-conductual y elaborar notas clínicas para anexar al expediente médico de los pacientes, en la consulta externa principalmente se atendió a los pacientes que requieran de atención psicológica, a juicio del personal médico y se elaboraron historias clínicas.

También, en ocasiones en que se requería por parte del Servicio de Ginecología, se hicieron interconsultas con algunas pacientes para evaluar e intervenir psicológicamente.

En la consulta externa se atendía a aquellos pacientes que eran canalizados por el personal médico y de enfermería por presentar problemas de atención psicológica. Lo anterior incluía: realizar entrevistas clínicas donde se evaluaba al paciente y se detectaban las diferentes situaciones problemáticas para posteriormente diagnosticar e idear una estrategia terapéutica o plan de tratamiento cuya finalidad era reducir el malestar emocional.

A continuación se describe el protocolo de investigación desarrollado durante el primer año de residencia en esta sede, el cual fue presentado en los siguientes congresos:

XII Congreso Mexicano de Psicología; Guanajuato, Guanajuato del 22 al 24 de Septiembre de 2004.

IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud; La Habana, Cuba del 14 al 19 de Noviembre de 2004.

Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud; FES-Iztacala, México, Distrito Federal el 1 de Diciembre de 2004.

#### *Asistencia a Eventos Académicos*

Noveno curso de Actualidades en Farmacología Clínica. (Duración: 30 horas). Hospital Juárez de México. 21 al 25 de Junio de 2004. México, D.F. donde participé como asistente.

XII Congreso Mexicano de Psicología; Guanajuato, Guanajuato del 22 al 24 de Septiembre de 2004 donde presenté en la modalidad de mesa redonda el protocolo de investigación titulado: "Creación y validación de un instrumento de medición de Adherencia Terapéutica y Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2"

"Imaginería Guiada". Presentación oral por invitación para el curso de especialización en Algología en la Clínica del Dolor y cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. 29 de septiembre de 2004.

IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud; La Habana, Cuba del 14 al 19 de Noviembre de 2004, en la cual presenté la conferencia "Creación y validación de un instrumento de medición de Adherencia Terapéutica y Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2"

Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud; FES-Iztacala, México, Distrito Federal el 1 de Diciembre, en el que presenté la conferencia “Creación y validación de un instrumento de medición de Adherencia Terapéutica y Autoeficacia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”

Therapeutic Adherence in Complicated Diseases, taller impartido por Steve Safren el 24 de Febrero de 2005 en el Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

## **Anexo 2. Residencia en el Instituto Nacional de Cancerología**

El Instituto Nacional de Cancerología, que se encuentra ubicado actualmente en Avenida San Fernando Número 22, Del. Tlalpan, Código Postal 14080 es un organismo descentralizado de tercer nivel que depende de la Secretaría de Salud, ofrece atención médica especializada a pacientes oncológicos y es además la máxima institución del tratamiento del cáncer en México.

### *Características de la Sede*

Entre las actividades centrales del INCan se encuentran la investigación en cáncer para generar conocimientos en el área clínica, experimental y poblacional para prevenir, detectar tempranamente, diagnosticar, y dar tratamiento a los pacientes que acuden diariamente tanto a consulta externa como a los que se encuentran hospitalizados.

Ofrece atención a pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país con enfoque multidisciplinario en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de su enfermedad. Otra de sus funciones es la enseñanza médica e investigación.

Las especialidades con que cuenta el Instituto son: Algología (clínica del dolor), Anestesiología, Bucodentomaxilar, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica, Endoscopía, Epidemiología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Nuclear, Neumología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Oncología Médica, Ortopedia, Otorrinolaringología, Patología, Psicooncología, Radiooncología y Urología.

### *Ubicación del Residente de Medicina Conductual*

El servicio en el que se llevó a cabo la Residencia fue el de Clínica del dolor y cuidados paliativos, mismo que se encuentra integrado por el Jefe del Servicio, Dr. Ricardo Plancarte Sánchez quien es Médico Especialista en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, tres médicos adscritos especialistas en el



tratamiento del dolor y seis médicos Anestesiólogos que realizaban una sub-especialidad en Algología, la cual tiene un año de duración. El personal de enfermería del servicio estaba integrado por cuatro enfermeras distribuidas en las áreas de consulta externa, hospitalización, y cuando el caso lo requería, en las áreas destinadas para realizar los procedimientos intervencionistas; una de ellas es la jefa del equipo en el Servicio y otra es la encargada de trabajar con el equipo de Cuidados Paliativos en visitas domiciliarias a pacientes en fase terminal y a sus familiares. También se cuenta con una Trabajadora Social, quien desempeña sus labores en las áreas de hospitalización y consulta externa y también participa en las visitas domiciliarias a los pacientes cuyo tratamiento es de tipo paliativo.

#### *Actividades Académicas en la Sede*

Asistí diariamente a las clases que se impartían en el aula de la Clínica del Dolor en horario de 7:30 a.m. a 9:00 a.m., en las cuales se exponían temas relacionados con aspectos médicos del paciente con dolor, se estableció un rol de clases diarias, las cuales eran impartidas por los médicos residentes.

Los miércoles a partir de las 10:00 a.m. se lleva a cabo el día académico del Instituto Nacional de Cancerología, días en que, aparte de asistir a la clase matutina, también asistí junto con el equipo médico del Servicio de Clínica del Dolor a las sesiones Generales, las cuales se realizaban en el Auditorio del Instituto, mismas en las que se impartían Conferencias relacionadas con el cáncer, los diversos abordajes médicos y las nuevas estrategias de intervención.

#### *Actividades desarrolladas en la Sede*

El escenario donde se llevaban a cabo las actividades diarias era el área de hospitalización en el segundo piso del edificio, en ese mismo piso se tomaban las clases diarias de 7:30 a 9:00 a.m., en la planta baja se encuentra la clínica del dolor, que cuenta con pequeños consultorios donde se hacían las intervenciones en crisis cuando el paciente asistía a consulta externa de Algología y en la oficina de Trabajo Social había un espacio destinado a

trabajar con los pacientes o con sus familiares que eran citados a consulta externa de Psicología.

Entre otras actividades que desarrollé se incluyen:

Realizar intervención en crisis con pacientes oncológicos y sus familiares que los acompañaban a la clínica, principalmente cuando recibían el diagnóstico de cáncer y cuando se les daba la noticia de que su enfermedad ya no era curable, es decir, a partir de ese momento el tratamiento que reciben es puramente paliativo.

Hacer una valoración psicológica de la relación del paciente con sus familiares para detectar si había conflictos entre ellos que impidieran llevar a cabo adecuadamente el tratamiento médico.

Realizar evaluación psicológica e intervención en caso necesario en pacientes referidos por los médicos adscritos, residentes o enfermeras del servicio en casos que ellos solicitaban.

Apoyar a los pacientes para que tuvieran una mejor comprensión de la terminología técnica utilizada por los médicos a la hora de darles información sobre su enfermedad.

Trabajar en conjunto con el equipo de visitas domiciliarias para dar apoyo a pacientes en fase terminal y a sus familiares.

### **Anexo 3. Residencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación**

El Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14389, es una Institución de tercer nivel de atención, única en su género en México y América Latina.

#### *Características de la Sede*

Entre sus actividades principales incluye el formar recursos humanos médicos y técnicos competentes, apoyar las acciones de asistencia social coordinadas por la Oficina de la Presidencia de la República, asegurar permanentemente la atención médica de excelencia al Sistema Nacional de Rehabilitación, establecer contacto con las Instituciones médicas y de educación superior nacionales e internacionales que realizan investigación científica y tecnológica en pacientes con discapacidad.

El INR proporciona servicios para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, sistema cardiorrespiratorio, así como lesiones ocasionadas por prácticas deportivas.

La atención que se ofrece es multidisciplinaria e integra los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente.

El Instituto está conformado por cuatro áreas principales: Comunicación Humana, Medicina de Rehabilitación, Medicina del Deporte y Ortopedia.

### *Ubicación del Residente de Medicina Conductual*

En el área de Ortopedia se encuentra el Servicio de Tumores Óseos, el cual es de alta especialidad y su función principal es tratar pacientes con neoplasias neuromusculares benignas y malignas, incluyendo la resección y reconstrucción del área de la lesión, y aplicación de quimioterapia. Los médicos en este Servicio también se dedican a Investigar nuevos métodos terapéuticos para el tratamiento de las neoplasias y desarrollar prótesis.

En este Servicio es donde se realizó la residencia y el equipo está formado por el Jefe del Servicio, el Dr. Genaro Rico Martínez, médico especialista en Traumatología y Ortopedia, Infecciones Óseas, Cirugía de Mano, Ortopedia Pediátrica y Fijación externa, también se cuenta con dos médicos adscritos especialistas en tratamiento de Tumores Musculares, dos médicos residentes de la subespecialidad en Tumores Musculares, varios médicos que realizan la especialidad en Ortopedia que realizan rotaciones parciales tanto del INR como de otros hospitales del ISSSTE, dos Trabajadoras Sociales, una estudiante de Licenciatura en Psicología de la UNAM que prestó su Servicio Social y dos Psicólogas de la Maestría en Psicología Profesional, que realizan su segundo año de la residencia en Medicina Conductual.

### *Actividades Académicas en la Sede*

Las principales actividades académicas que se realizan en el servicio de Tumores Musculares son: un día académico a la semana, en el que se reúne el personal del servicio y los médicos residentes presentan casos clínicos a los médicos adscritos y al jefe del servicio, en algunas ocasiones se solicita la participación de las psicólogas residentes para complementar el caso clínico.

También estuve en las sesiones generales del Instituto Nacional de Rehabilitación, mismas que se llevaban a cabo en el auditorio del Instituto, ahí se presentaban diversos casos clínicos o protocolos de investigación realizados por los médicos de los diferentes servicios.

### *Actividades desarrolladas en la Sede*

Entre las actividades que desarrollé dentro del servicio de tumores óseos se encuentran:

Hacer intervención en crisis con pacientes y sus familiares en casos en que después de tener resultados de análisis y toma de biopsia, el médico les informaba que su tumor era maligno o cuando se les proponía intervención quirúrgica de tipo radical, es decir, cuando la cirugía era para amputarles alguna extremidad.

Pasar visita diariamente a las salas de hospitalización, entrevistar a los pacientes, realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes y elaborar notas clínicas diariamente para anexar al expediente médico de los pacientes.

Apoyar a los pacientes para que tuvieran una mejor comprensión de la terminología técnica utilizada por los médicos a la hora de darles información sobre su enfermedad.

En consulta externa atendí a los pacientes que eran canalizados por el personal médico y de enfermería, esto se llevaba a cabo en un cuarto de aislamiento que en ocasiones estaba desocupado o en la sala de conferencias del servicio de tumores óseos. Con estos pacientes se realizaba entrevista clínica para evaluar y detectar posibles situaciones problemáticas, además se aplicaban algunos instrumentos de medición principalmente para medir ansiedad y depresión, se hacía un diagnóstico psicológico y se iniciaba un plan de tratamiento para disminuir el malestar emocional, se daba seguimiento del caso hasta observar el mantenimiento de los cambios (esto último sólo en escasas ocasiones en que los pacientes permanecían el tiempo suficiente en hospitalización).

#### **Anexo 4. Competencias Profesionales adquiridas a través de mi estancia en las tres Sedes anteriormente descritas**

Mi participación como psicóloga en los hospitales me ayudó a obtener y practicar las siguientes competencias:

- Entrevistar pacientes con enfermedad crónica.
- Realizar la evaluación conductual de los pacientes aplicando distintos instrumentos conductuales válidos y confiables.
- Planear metas de intervención con cada paciente.
- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica, adaptando el programa a cada paciente.
- Registrar la información en los formatos establecidos.
- Practicar las siguientes técnicas específicas para el tratamiento de los pacientes: relajación, manejo de contingencias, entrenamiento en: asertividad, habilidades sociales, detención del pensamiento, solución de problemas, habilidades de afrontamiento, autocontrol, inoculación de estrés, manejo de la depresión.
- Canalizar los casos que no sean de mi competencia.
- Evaluar el impacto del tratamiento.
- Coordinación dentro de equipos multidisciplinarios integrados por médicos, enfermeras y trabajadoras sociales.

## REFERENCIAS

- Acosta, C. (2003). *Tratamiento cognitivo conductual en el manejo del dolor por cáncer*. Presentación en poster en el Congreso de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor. Oaxaca, México.
- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beneit Medina, P. (1994). *Aspectos psicológicos del cáncer*. En: J. M. Latorre Postigo & P.J. Beneit Medina (Eds.) *Psicología de la salud* (pp. 239-255). Buenos Aires: Lumen.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Gedisa
- Breslow, L. & Enstrom, J. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.
- Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. & Carrasco, T. (2001). *Psicología Preventiva*. Madrid: Pirámide.
- Coker, A. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8, 149-177.
- Del Castillo, A., Reyes Lagunes, I. & Sánchez-Sosa, J. J. (2004). Intervención cognitivo-conductual grupal para mejorar la calidad de vida y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En *La Psicología Social en México*, X, 461-468.
- Doll, R. & Peto, R. (1981). *The causes of cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- D´Zurilla, T. (1988). Problem-solving therapies. En K. D. Dobson (Ed). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85-135). Nueva York: Guilford Press.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy*. Nueva York: Springer.

Gross, R. (2004). *Psicología, la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

INEGI, (2008). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer: datos nacionales*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2008 en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=2173&pred=1&s=inegi>

Latorre, J. & Beneit, P. (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.

Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N. & Weiss, S. (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.

Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.

Nezu, A. (1999). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nezu, A. (2001). Terapia de solución de problemas para enfrentamiento del cáncer. *Revista mexicana de psicología*, 18, 185-192.

Nezu, A. M., Nezu, Ch., Felgosie, S., McClure, K. & Houts, P. (2003). Project Genesis: Assessing the efficacy of problema-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036-1048.



Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.

Pomerleau, O. & Brady, J. (1979). *Introduction: The scope and promise of behavioral medicine*. En Pomerleau, O. & Brady, J. (Eds). *Behavioral medicine: Theory and practice* (pp. xi-xxvi). Baltimore, E.E.U.U: Williams & Wilkins.

Reyes Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-97.

Reynoso Erazo, L. & Seligson Nisenbaum, I. (2002). *Psicología y Salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Sahler, O., Fairclough, D., Phipps, S. Mulhern, R., Dolgin, M., Noll, R. Katz, E., Varni, J., Copeland, D. & Butler, R. (2005). Using problem solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: Report of a multisite randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 272-283.

Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.

Valdez, R. & Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21, 1-10.

Vega Newman, M. (2006). *Intervención Cognitivo Conductual en pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. No publicada.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy*. Guilford Publications: New York.